

Legislative
Assembly
of Ontario



Assemblée
législative
de l'Ontario

STANDING COMMITTEE ON PUBLIC ACCOUNTS

INDEPENDENT HEALTH FACILITIES

(Section 3.08, 2004 Annual Report of the Provincial Auditor)

1st Session, 38th Parliament
54 Elizabeth II

Library and Archives Canada Cataloguing in Publication Data

Ontario. Legislative Assembly. Standing Committee on Public Accounts
Independent Health Facilities (Section 3.08, 2004 Annual report of the Provincial Auditor)

Text in English and French with French text on inverted pages.

Title on added t.p.: Établissements de santé autonomes (Rapport annuel du vérificateur provincial 2004, section 3.08)
ISBN 0-7794-8650-1

1. Ontario. Independent Health Facilities Program—Evaluation. 2. Health facilities—Ontario—Administration—Evaluation. 3. Ontario. Ministry of Health and Long-Term Care—Evaluation. I. Title. II. Title: Établissements de santé autonomes (Rapport annuel du vérificateur provincial 2004, section 3.08)

KEO727.H42 O57 2005

353.6'8'09713

C2005-964007-3E

Legislative
Assembly
of Ontario



Assemblée
législative
de l'Ontario

The Honourable Alvin Curling, MPP,
Speaker of the Legislative Assembly.

Sir,

Your Standing Committee on Public Accounts has the honour to present its Report and
commends it to the House.

A handwritten signature in cursive script, reading 'Norm. Sterling'.

Norman Sterling, MPP,
Chair.

Queen's Park
August 2005



STANDING COMMITTEE ON PUBLIC ACCOUNTS

MEMBERSHIP LIST

1st SESSION 38th PARLIAMENT

NORMAN STERLING
Chair

JULIA MUNRO
Vice-Chair

LAUREL BROTEN

JIM FLAHERTY

SHELLEY MARTEL

BILL MAURO

RICHARD PATTEN

LIZ SANDALS

DAVID ZIMMER

Susan Sourial
Clerk of the Committee

Elaine Campbell
Research Officer

CONTENTS

PREAMBLE	1
Ministry Response to the Committee's Report	1
1. OVERVIEW	1
2. AUDIT OBJECTIVES AND SCOPE	2
2.1. Overall Audit Conclusions	2
3. REASONABLENESS OF FACILITY FEES	2
4. DISTRIBUTION OF SERVICES	4
4.1 Diagnostic Services	5
4.2 Surgical/Therapeutic Services	6
4.2.1 Cataract Removal Surgeries	6
4.2.2 Other Surgical/Therapeutic Services	6
4.3 Waiting Lists	7
4.4 Service Planning	9
5. ASSESSMENTS AND INSPECTIONS	10
5.1 The Assessment Process	11
5.2 Time Frames for Submitting Assessment Information	11
5.3 Licence Suspensions and Reassessments	13
5.4 Assessment Methodology	16
5.5 Clarity of Assessment Conclusion	16
5.6 Assessment Tracking Systems	17
6. UNLICENSED TECHNICAL SERVICES	18
7. SLEEP STUDIES	19
8. OTHER MATTER	20
8.1 Magnetic Resonance Imaging	20
9. COMMITTEE RECOMMENDATIONS	21
NOTES	23

PREAMBLE

The Auditor General (the Auditor)* reported on Independent Health Facilities in Section 3.08 of his 2004 *Annual Report*. The Standing Committee on Public Accounts held hearings on this audit report on February 24, 2005, with representation from the Ministry of Health and Long-Term Care.

The Committee endorses the Auditor's 2004 report on Independent Health Facilities and recommends the implementation of his recommendations by the Ministry of Health and Long-Term Care. The Committee has prepared supplementary recommendations based on its findings during the hearings. This report is a record of those findings and the Committee's recommendations.

The Committee extends its appreciation to the officials from the Ministry for their attendance at the hearings. The Committee also acknowledges the assistance provided during the hearings by the Office of the Auditor General, the Clerk of the Committee, and staff of the Legislative Library's Research and Information Services.

Ministry Response to the Committee's Report

The Committee requests that the Ministry of Health and Long-Term Care provide the Committee Clerk with a written response within 120 calendar days of the tabling of this report with the Speaker of the Legislative Assembly, unless otherwise specified in a recommendation.

1. OVERVIEW

The Ministry of Health and Long-Term Care licenses and regulates 955 independent health facilities (IHF) under the *Independent Health Facilities Act (IHFA)*. Most facilities (924) are diagnostic, providing services (e.g., radiology, nuclear medicine, ultrasounds, pulmonary functions, and sleep studies) that can be helpful in diagnosing various medical conditions. Seven of these facilities provide magnetic resonance imaging (MRI) and computerized tomography (CT). Twenty-four licensed facilities provide surgical and therapeutic services, such as dialysis, abortions, and cataract, vascular, and plastic surgeries.

The technical or facility fees paid to IHFs cover the costs of providing services, such as the cost of medical equipment, and administrative and occupancy costs. In 2003/04, technical fee payments to diagnostic facilities totalled approximately \$257 million, and fees paid to facilities providing surgical and therapeutic services totalled approximately \$16 million.¹

* Formerly the Provincial Auditor.

2. AUDIT OBJECTIVES AND SCOPE

The audit's objectives were to assess whether the Ministry had adequate procedures in place to ensure that

- the Ministry and the facilities licensed under the *IHFA* were complying with applicable legislation and policies for the licensing, funding, and assessment of the quality of services provided by facilities; and
- the program was fulfilling its mandate.

The audit was substantially completed in March 2004.²

2.1. Overall Audit Conclusions

For the most part, the Ministry had adequate procedures in place to ensure compliance with applicable legislation and policies for the licensing, funding, and monitoring of facilities. However, for the program to cost-effectively fulfill its mandate, action was still required to address a number of issues which were identified in a 1996 audit.³

3. REASONABLENESS OF FACILITY FEES

Diagnostic services have professional and technical components. Physicians bill for the professional component on a fee-for-service basis through OHIP in accordance with the *Health Insurance Act's* Schedule of Benefits.

The technical or facility fees for most diagnostic facilities are listed in the Schedule of Facility Fees for Independent Health Facilities and are claimed on a fee-for-service basis.⁴ They cover operating costs but are not adjusted for factors that can impact on cost, such as the volume of services rendered annually. Technical fees for facilities offering surgical and therapeutic services, and for MRIs, are funded through negotiated budgets based on the actual costs of providing a certain volume of service.

The Auditor's 1996 report recommended assessing the reasonableness of facility fees by studying the relationship between volume of services and costs. The Ministry agreed and replied that its staff was developing "a protocol to be used to examine the appropriateness of the fees and the applicability of volume discounts."

In a 2000 report, the Committee on Technical Fees, with members from the Ministry, the Ontario Medical Association (OMA), and the Ontario Hospital Association (OHA), noted that cost reimbursement should be the underlying principle for funding technical components of diagnostic services. Most fees had not been set through a rigorous costing process. This committee also noted a lack of information on the extent to which current fees deviate from real costs, that the fee schedule should be reviewed, and that an appropriate costing methodology should incorporate factors such as economies of scale. It suspected that the

introduction of new technology and equipment meant that some fees did not accurately reflect current costs.

The OMA and the Ministry agreed in April 2003 to establish a Diagnostic Services Committee (DSC). Committee responsibilities would include developing and setting up the process for evaluating and administering technical fees. As of April 2004, the DSC had not been formed.⁵

The Auditor recommended that the Ministry objectively determine the current cost of providing each type of service, and examine the relationship between the volume of services provided and the costs of providing services.⁶

Committee Hearings

The Ministry and the OMA agreed to establish the DSC as part of their 2003 memorandum of agreement (MOA). It was described as a multi-partite committee. Participants were said to be ready to proceed with their work in the near future. Representatives were being nominated. Preliminary results from the DSC's efforts were expected within the current fiscal year. Because significant work had already been undertaken and representatives would have familiarity with the issues involved, the DSC was said to have an incentive to act expeditiously.⁷

The DSC will function as an advisory body to the Minister for planning and coordinating an efficient and effective diagnostic services system. It will examine how the technical fees component of diagnostic services will be evaluated, compensated and administered. This includes establishing a costing methodology and an ongoing review process to ensure that reimbursement is based on actual costs and current service volumes.⁸

In addition to fees, the DSC will examine the transfer of patients and information between facilities (including hospitals) to see how the process can be streamlined and made more efficient. It will also look at underserved areas for distribution problems and efficiencies.⁹

Committee Recommendation

The Committee recognizes the complexities of the functions to be performed by the DSC, and the fact that its participants represent various segments of the health care system. Nonetheless, the Committee remains concerned with the length of time it has taken to respond to the Auditor's 1996 recommendation to assess the reasonableness of technical or facility fees by studying the relationship between volume of services and cost, and to the work of the Committee on Technical Fees. This concern was reflected in a letter sent to the Ministry of Health and Long-Term Care by the Committee on March 9, 2005. That letter said that the Committee would likely ask for a further report on this matter.

Supplementary Information

Subsequent to the hearings, the Ministry provided the Committee with an update on the status of the DSC. The Ministry reported that its 2003 're-opener agreement' with the OMA included the creation of a Diagnostic Services Committee Development Team (the Team). The Team was to develop and recommend a framework agreement among principal stakeholders for the structure of the DSC.

The Team submitted its final recommendations in January 2004. Negotiations for a new physician payment agreement began that same month and concluded in March 2005. The OMA's governing council ratified the agreement later in March. Because most OMA/Ministry joint committee work was suspended during negotiations, the DSC had not commenced as of May 19, 2005.

Ratification of the agreement means the DSC is established. The agreement states that

the Parties agree to activate the Diagnostic Services Committee within three months of the ratification of the 2004 Physician Services Agreement.¹⁰

The Committee therefore recommends that:

1. The Ministry of Health and Long-Term Care report to the Committee on establishing target dates for the completion of the negotiation of facility or technical fees, particularly high volume medical services. The Committee would expect this to be done by June 30, 2006.

The Committee requests that the Ministry provide the Committee Clerk with a written response to this recommendation within 120 days of the tabling of this report in the Legislature.

4. DISTRIBUTION OF SERVICES

The *IHFA* allows the Ministry to license new IHFs through a request for proposals (RFP) process after considering the services to be provided, current availability, current and future need, projected cost, and the availability of funding.

Developments Following the Audit

On September 9, 2004, the Minister of Health and Long-Term Care announced the creation of a health results team. A member of the team, Dr. Alan Hudson, was named lead of access to services/wait times (i.e., the wait time strategy).¹¹

The First Ministers held a health summit in mid-September 2004. One of the meeting's outcomes was the federal government's creation of a \$4.5 billion Wait Times Reduction Fund. In return for this money, the provinces agreed to "achieve meaningful reductions in wait times" in five priority areas (cancer, heart, diagnostic imaging, joint replacements, and sight restoration) by March 31, 2007.¹²

4.1 Diagnostic Services

Since 1990, despite a number of expressions of interest, a minimal number of additional facilities have been licensed to provide the diagnostic services originally licensed under the *IHFA*. However, since the 1996 audit, the Ministry has permitted already-existing licensed facilities to increase the types of services performed if they are located in a region the Ministry considers underserved.

In a 2002 report, the OMA recommended that it, the Ministry, and the hospital sector establish a Technical Diagnostic Services Management Committee to recommend province-wide, population-based planning methodology and guidelines to determine the capacity, distribution, and choice of appropriate services. The methodology would incorporate criteria relating to population needs, waiting lists, and whether the introduction, expansion or replacement of diagnostic technology demonstrates a cost benefit in the provision of services.

The report also recommended that the committee

- recommend strategies to address service priorities and gaps;
- review requests to introduce new services or expand existing capacity; and
- make recommendations with respect to introducing/expanding services.

While the Ministry supported such a committee, none had been established at the time of the current audit. It was noted that British Columbia has established an Advisory Committee on Diagnostic Services that reviews applications for new facilities.

Ministry-prepared data indicated significant regional variations in service availability. The current audit found no indication that the Ministry had analyzed these differences to determine whether any action was needed to address its commitment to providing universal access where and when services are needed.

There is no limitation on the volume of licensed services that a facility can provide. From 1996/97 to 2002/03, there were significant increases in the utilization of certain procedures. At a number of facilities, utilization had increased by over 100%, and in others, by as much as 700%. The current audit also found no indication that the Ministry had analyzed the reasons for these increases.¹³

4.2 Surgical/Therapeutic Services

The province's ageing population has resulted in an increased demand for cataract surgery and dialysis services.

4.2.1 Cataract Removal Surgeries

Ministry data indicate that the number of cataract surgeries performed grew from approximately 45,000 in 1992/93 to 97,000 in 2002/03. The Ministry assessed the need for these surgeries in 2000/01. It concluded that four regions were underserved and that providing surgeries in IHFs would be less expensive than in hospitals. The audit found that only one licensed facility in Ontario (in Toronto) was providing cataract surgery; most surgeries continue to be performed in hospitals. The annual number of surgeries performed by the facility was increased, with Management Board of Cabinet approval, from 300 to 1,300 in 2003/04. Volume provided is now 100% of capacity.¹⁴

4.2.2 Other Surgical/Therapeutic Services

The need for and availability of licensed surgical/therapeutic services other than cataract surgeries has not been determined since the 1996 audit. Over the same period, there had been no regular review of the number of services provided per unit of population.

At the time of the current audit, five licensed IHFs provided therapeutic abortions. According to the Ministry, certain services, such as abortions, "are not available elsewhere in the province to satisfy the current demand and volume."

A recent Ministry document reported that unlicensed facilities are also performing abortions, particularly in one area. Since these facilities are not licensed under the *IHFA*, they are not paid a facility fee for services provided nor are they subject to the same quality assurance process as licensed facilities.

The Auditor recommended that the Ministry assess the need for each service by region and determine what actions are required to meet its commitment to provide services where and when needed. He also recommended assessing the implications – from a financial and waiting list perspective – of licensing more than one IHF to provide cataract surgeries. The Ministry should also determine what legislative or other actions should be taken regarding unlicensed facilities performing surgical and other procedures generally performed in hospitals or licensed IHFs.¹⁵

Committee Hearings

Assessing Regional Need

The DSC will use a planning-based approach for the diagnostic services system, including making recommendations to address access and health care needs. This will include addressing matters such as access in underserved areas, new approaches to meet patient needs, and capacity and wait list issues. The DSC will provide advice and recommendations on the funding and structure of the

province-wide diagnostic system, including the use of new funding for diagnostic services. Work is in progress, with an expected completion date of 2008.¹⁶

Provision of Cataract Surgeries

The Ministry has conducted a needs assessment to identify those areas in greatest need of additional services. It is looking at a range of options to meet community needs, including IHFs.¹⁷

The government's wait time strategy also includes an ongoing needs assessment process that is looking at the principles of quality, access and efficiency, and will assist in determining the right kind of delivery model for cataract services. Committee members were told that the government had recently announced an additional 2,000 cataract surgeries would be performed in the current fiscal year. The intention is to achieve 9,000 new surgeries in 2005/06.¹⁸

Supplementary Information

On April 7, 2005, the Minister of Health and Long-Term Care announced that a not-for-profit clinic dedicated to cataract surgeries would open in downtown Toronto later in the year. The new clinic will consolidate services currently provided in four city hospitals and will perform about 5,500 surgeries a year.¹⁹

Actions Regarding Unlicensed Facilities

The structure of the *IHFA* is such that the definition of an IHF, and the problems and penalties associated with operating an unlicensed facility, all hinge on charging a facility fee as defined in the legislation. Facilities that forgo charging fees do not require licensing under the *IHFA* and are not subject to its quality assurance provisions. The imposition of the quality assurance established under the *IHFA* on unlicensed facilities performing IHF-type services would require significant amendments to the legislation. Committee members were told that the Ministry fully supports consideration of this issue under a policy review of the *IHFA*. Work was in progress with an expected completion date of fall 2006.²⁰

4.3 Waiting Lists

The Ministry did not have a system to track and manage waiting times for any services licensed under the *IHFA*. In 2000, it began providing funding to the Ontario Joint Policy and Planning Committee (JPPC) to undertake the Ontario Waiting List Project (OWLP). This project was to develop an understanding of how to manage waiting lists and improve access. The JPPC was to "recommend the methodology that fairly prioritizes patients, enables timely access to services, applies across levels of care and is acceptable to key stakeholders."

The project developed and evaluated priority-rating tools based on work begun by the Western Canada Wait List Project (WCWL), which involved organizations and governments from the four western provinces. The WCWL developed waiting list management tools in five clinical areas. While not specifically established for IHFs, the JPPC reviewed the waiting list tools for MRIs, and

general and cataract surgeries. It made recommendations to further develop and refine each. (Nova Scotia has also started a provincial wait-time monitoring project.)

As of May 2004, audit staff were not aware of any further Ministry initiatives related to the OWLP or of other approaches to obtain information on the waiting time for services provided by IHFs.²¹

The Auditor recommended that the Ministry develop and implement a waiting list management system, and monitor and analyze waiting times.²²

Committee Hearings

Initial activities of the province's wait time strategy will include the development of a comprehensive information system that will provide the capacity to compile, measure and evaluate wait times in facilities providing key services, including IHFs. This information will be publicly reported so that patients and providers can make informed decisions about their options and feel certain that their needs are being addressed.²³

In the past, estimations of geographic demand were performed on an individual hospital basis or on current rates of surgery per population and estimates of population growth in those areas. In order to obtain a comprehensive wait time registry, the wait time strategy will look at rates of population growth within a geographic region, as well as the wait times within that same region. Better planning will be facilitated with combining that information. While there is a dearth of information on most services under the strategy, there is good information on cardiac surgery and other cardiac services.²⁴

In response to questioning, Ministry staff said that while increasing volumes and capacity were important to the strategy, efficiency has been and will continue to be a major focus. A working group is actually looking at surgical process and diagnostic efficiency.

The Institute for Clinical Evaluative Sciences (ICES) has been asked to look at wait times, as well as the appropriateness and outcome of services. Its first task will be establishing a baseline of wait time data which was expected to be completed in the spring of 2005. Information on the appropriateness and outcome of services may be available next year.

Once the Ministry has a fully comprehensive wait time registry, its initial focus will be the strategy's five priority areas. (The system will have the capability to expand to other procedures in the future.) Doctors will then be able to give their patients a choice of wait times. This choice will depend on which facility is performing the procedure.

With time, the strategy will be able to provide a sense of what a reasonable wait time for a procedure should be. The Committee also learned that Ontario's wait time strategy was not as advanced as those in many other jurisdictions.²⁵

Supplementary Information

The Institute for Clinical Evaluative Sciences (ICES) released a report identifying the volume and associated wait time for each element of the wait time strategy on April 6, 2005.²⁶

Committee Recommendation

The Committee recommends that:

2. The Ministry of Health and Long-Term Care provide the Committee with an update on and the expected completion date of the work of the wait time strategy as it relates to services provided under the *Independent Health Facilities Act*. Reference should be made to the work of the Institute for Clinical Evaluative Sciences.

The Committee requests that the Ministry provide the Committee Clerk with a written response to this recommendation within 120 days of the tabling of this report in the Legislature.

4.4 Service Planning

No evidence was found to indicate that the Ministry had established a process or criteria for assessing whether a particular service should be provided in hospitals or in licensed facilities. For certain surgical procedures, such an assessment may indicate that providing the procedure at licensed facilities would enable hospitals to address other needs that can only be met in a hospital. The assessment could vary among regions due to factors such as hospital capacity and the availability of trained medical practitioners.²⁷

The Auditor recommended that the Ministry implement a process for determining whether particular services should be provided by hospitals or by licensed IHFs.²⁸

Committee Hearings

The introduction of any service, either in a hospital or in an IHF, should consider the best mechanism for delivering the service for the benefit of the patient. Senior officials at the Ministry assess the best possible options and venues for providing patient care and optimizing available human and financial resources.

The process for the creation of new IHFs requires the Minister to authorize the issuance of an RFP. In deciding whether to issue an RFP, the Minister must consider the items set out in s. 5 of the *IHFA*, including current and future need. Consideration must also be given to the extent to which the service is already available, and the projected cost and availability of public funds.

The IHF program includes an assessment and rationale for establishing an IHF-based service, as opposed to a hospital-based service, as part of that material for the Minister's consideration. This generally includes a cost comparison and an assessment of the complexity of the service. It also includes quality assurance issues associated with providing the service in a non-hospital setting.²⁹

The RFP process is more or less the same as set out in the *IHFA* at proclamation in 1990. It has been used in a few instances (e.g., dialysis proposals and MRIs/CTs). The process was the same in each case in terms of following government procurement guidelines and a competitive process. The *Savings and Restructuring Act, 1996* amended the *IHFA* to allow for directed RFPs to enable the Minister to request a proposal from a specific facility. It has been used in two instances - 1999 and the fall of 2004.³⁰

Committee members were reminded that IHF licences are also provided through a change in the Schedule of Benefits which brings services under the *IHFA*. This is what was done in the case of sleep studies.³¹ (Sleep studies are discussed in section 7 of this report.)

Committee Recommendation

The Committee recommends that:

3. The Ministry of Health and Long-Term Care report to the Committee on the criteria used to determine whether a service should be provided in a hospital or in an independent health facility.

The Committee requests that the Ministry provide the Committee Clerk with a written response to this recommendation within 120 days of the tabling of this report in the Legislature.

5. ASSESSMENTS AND INSPECTIONS

To ensure that appropriate standards are met, the *IHFA* provides for assessments of the quality of services provided by licensed facilities. The College of Physicians and Surgeons (the College) is responsible for conducting these assessments, and develops and publishes clinical parameters and facility standards. Assessments determine facility compliance with the parameters and standards. In 2003/04, the Ministry paid the College \$1.3 million to conduct assessments, and to develop and publish parameters and standards.

In addition to the assessors, the Ministry and the College may appoint inspectors. Ministry inspectors may inspect a facility to ensure that it complies with the *IHFA*'s provisions and regulations, and licence terms and conditions. Inspectors may be appointed by the College to inspect a facility prior to its being licensed. Inspections may also be conducted when the Director of Independent Health Facilities (the Director) has reasonable grounds to believe that unlicensed facilities are charging a facility fee for insured services.

The Ministry's expectations of the College regarding the assessment process were last delineated in a 1992/93 memorandum of understanding (MOU).³²

5.1 The Assessment Process

Facilities to be assessed are selected by the Ministry at the beginning of each fiscal year. Selection is based on various risk factors. The 1996 audit report noted that assessments had not been performed on two-thirds of licensed facilities and that only 47 of the 336 facilities whose licences had been renewed had been assessed. The current audit noted that over 85% of facilities were being assessed at least once within the five-year period of a licence.

When the *IHFA* was amended in 1996, it permitted unannounced assessments. As of March 2004, no unannounced assessments had been conducted. To help provide assurance that IHF services comply with clinical practice parameters and facility standards, the Auditor felt some assessments should be performed without advance notice.

After the College completes its assessment, a report is forwarded to the Director. The Director reviews the report and may request additional information or authorize College representatives to obtain a plan of corrective action from the facility. Where an assessment has identified a risk to patient health and safety, the Director may suspend the licence or restrict the services that can be provided. When the facility has demonstrated that problems resulting in the suspension have been fixed and recommendations have been implemented, the College informs the Director, who may then reinstate the licence or remove restrictions on the services that can be provided.³³

5.2 Time Frames for Submitting Assessment Information

The Ministry has not established time frames for the College's forwarding of completed assessment reports to the Director. The 1996 report recommended that the Ministry establish time frames. The Ministry agreed.

There were also no time frames with respect to taking corrective action when a facility has been assessed to be non-compliant or deficient. The 1996 report noted that facility and College staff were required to meet within two months, or as soon as practicable, after the assessment to discuss the report. These meetings have been discontinued. Facilities now forward information to the College, which provides assurance that they have taken the necessary corrective action. There is no required time frame for forwarding this information.

The current audit reviewed assessment reports for facilities that had significant concerns, but were not suspended, between April 1, 2000 and March 31, 2003. It found that, in most cases, the College did not receive information on actions taken until four to six months after the assessment. While the Ministry indicated that such a time frame was reasonable, audit staff could not determine the basis for this conclusion.³⁴

To help improve the effectiveness of the assessment process, the Auditor recommended the establishment of time frames for the submission of assessment reports by the College to the Director, and the forwarding of information from

IHF to the College that provides assurance that any required corrective action has been taken on a timely basis. He also recommended that the Ministry regularly update its agreement with the College in a signed MOU.³⁵

Committee Hearings

Updating Agreement with College in MOU

Work on implementing this recommendation is in progress. The need for the MOU was discussed with the College at a December 2004 meeting. However, significant discussion is required to resolve issues on program objectives, scope of activities and deliverables. Nonetheless, the MOU is to be developed and implemented in 2005/06.³⁶

When asked if another body could be made responsible for conducting assessments, Ministry staff replied that the *IHFA* specifies that the College is to do them. Any change would require a legislative amendment.³⁷

Unannounced Assessments

The Ministry has initiated discussion with the College and hopes that together they will develop policies and procedures defining the circumstances under which unannounced assessments will be conducted. Work is expected to be completed by this year or next. Policy will be implemented upon receipt of the necessary approvals.³⁸

Because unannounced inspections have been allowed since 1996 and since none had been conducted as of March 2004, Ministry staff were asked to explain this significant lack of activity. The Committee was told of concerns about teams of professionals travelling some distance only to find a facility closed or without scheduled patients. Facilities licensed for multiple modalities might not be able to provide a complete picture of their operations if assessments were conducted on an unannounced basis.

However, major roadblocks seem to have been the need to develop a process for conducting an unannounced assessment and to provide appropriate training, over and above the standard training program supplied by the College.³⁹

Supplementary Information

According to correspondence from the Ministry following the hearings, a proposal for implementing a process for unannounced assessments of IHFs had been finalized in March 2005. The proposal calls for targeting unannounced assessments on a subset of the assessment plan. It would see approximately 50 of the 200 assessments in 2005/06 conducted without prior notice.

The proposal was sent to the College in April 2005. A meeting of the Coordinating Committee of the IHF Program will be scheduled to discuss implementation issues and develop implementation timelines. When implementation issues and costs are resolved, the proposal will go to Ministry

senior management for approval. A process for unannounced assessments is expected to be implemented in 2005/06.⁴⁰

Time Frames for Submitting Reports

Work on establishing time frames is in progress, with an expected completion date of this year or early next year. The College has committed to a turnaround time under a new process of within 10 business days of receipt of the report for facilities determined to be operating in a manner prejudicial to health and safety. The turnaround time will be 72 hours for immediate health and safety risks. This will allow the Ministry to respond in a more timely fashion.

Current letters to licensees say they must contact the College within 15 days of receiving the report, if recommendations are of an administrative nature only. For more serious concerns not requiring licensing action, the licensee is instructed to contact the College within 15 days and submit a written plan addressing the recommendations within 30 days of receipt of the report.⁴¹

Committee Recommendations

The Committee recommends that:

4. The Ministry of Health and Long-Term Care ensure that a process for conducting approximately 50 of 200 assessments without prior notice is implemented in 2005/06.

5. The Ministry of Health and Long-Term Care report to the Committee on its progress in developing and implementing a Memorandum of Understanding (MOU) with the College of Physicians and Surgeons of Ontario establishing protocols for

- (i) conducting unannounced assessments; and**
- (ii) providing the appropriate training to staff carrying out those assessments.**

The Committee requests that the Ministry provide the Committee Clerk with a written response to these recommendations within 120 days of the tabling of this report in the Legislature.

5.3 Licence Suspensions and Reassessments

Under the *IHFA*, the Director may immediately suspend a licence when there are reasonable grounds to believe that the facility poses a threat to a person's health or safety. Generally, such action is based on the results of an assessment report from the College. As previously discussed, there are no time frames for when the Director is to receive assessment reports once the assessment has been completed. The current audit found that, where assessments led to a licence suspension or the removal of services from the licence, an average of approximately three months

had elapsed from the date of initial assessment to the date of suspension or service removal.

The 1996 report noted that the Ministry had no documented policies on following up on or reassessing facilities with unfavourable assessments. In over 60% of the reassessments, significant problems continued to exist. The current audit noted that for about 20% of the reassessments conducted since April 1, 2000, significant problems continued to be identified. Despite the reduction in the persistence of significant problems, the Ministry still did not have a formal policy on the appropriate action to be taken where facilities continued to have quality assurance issues. Such actions could include revoking a licence.

Since 1996, the *IHFA* has permitted the Minister to make regulations prescribing circumstances under which facility owners would be required to pay for an assessment. This would enable the Ministry to charge for reassessments due to problems noted in the initial assessment. At the time of the current audit, facility owners were still not required to pay for reassessments.

The current audit also noted that the Ministry does not publicize quality assurance issues. Although facilities whose licences have been suspended or restricted due to quality assurance problems cannot bill for facility fees during suspension or restriction, potential patients and referring physicians may not be aware of these issues.

The Auditor recommended that the Ministry have a formal policy on suspending facilities with serious quality assurance issues, especially when the same issues arise on reassessment, and consider charging facilities for reassessments. He also suggested consideration should be given to appropriate public disclosure of serious quality assurance problems at IHFs.⁴²

Committee Hearings

Development of Formal Policy and Charging Fees

The Ministry will develop a policy establishing circumstances under which licensing action will be taken for repeat quality assurance problems where the deficiency does not constitute a health and safety risk or an immediate threat. It also supports consideration of charges for reassessments. It will develop an options paper setting out the process for implementing this change, and the advantages and disadvantages of charging licensees costs for reassessments. Work on these issues is in progress with an expected completion date in 2005/06.⁴³

IHF's are assessed once during their five-year licence term. Approximately 200 assessments are conducted each year. Implementing charges for reassessments would require a regulation change under the *IHFA* and involve six to 10 facilities a year. While they would be an incentive to operators to take corrective action, charges would require a certain amount of administrative work (i.e., preparing a proposal, going through the regulatory process, implementation) for a fairly small return.⁴⁴

Disclosure of Quality Assurance Problems

The Ministry will develop an options paper on this matter. A number of issues need to be considered in the development of a system for public disclosure. They include the retention period for information, the posting of proposed suspensions while under appeal, the impact of changes in ownership, and timing for the posting of information. Work is in progress and is expected to be completed this year or in early 2006.⁴⁵

The Ministry routinely suspends around 10 to 15 licences each year. In the last year, all suspended facilities took corrective action and have been reinstated. Because this information is not publicly reported, Ministry staff were asked if it would be available through a freedom of information (FOI) request. Committee members were told that an FOI case had gone to appeal.⁴⁶

Supplementary Information

Following the hearings, correspondence from the Ministry told the Committee that a request for disclosure of assessment reports involving serious deficiencies identified through IHF assessments was received under the *Freedom of Information and Protection of Privacy Act (FIPPA)* in February 2002. The Ministry was of the opinion that much of the information in the reports should be severed as it was corporate information covered under s. 17 of the *FIPPA*. It asked that affected third parties (licensees) be allowed input with respect to disclosure. The decision to disclose with severances was appealed by the requestor and 20 affected parties.

In February 2003, the Information and Privacy Commissioner issued a notice of inquiry related to the disclosure. The Commissioner ruled in October 2003 that s. 17 of the *FIPPA* did not apply; there was no evidence of harm associated with the disclosure. The assessment reports were ruled releasable, subject to minor severances of personal information.

The Ministry said the Commissioner's decision clarified the disclosure of information related to problem assessments. It also eliminates the *FIPPA* issue respecting the Auditor's recommendation.⁴⁷

Committee Recommendation

The Committee recommends that:

6. The Ministry of Health and Long-Term Care disclose suspensions related to quality assurance problems in a timely manner and report to the Committee on how it will implement this recommendation.

The Committee requests that the Ministry provide the Committee Clerk with a written response to this recommendation within 120 days of the tabling of this report in the Legislature.

5.4 Assessment Methodology

Assessors receive and analyse information relating to patient care maintained by facilities. The methodology for selecting samples of records to be reviewed has been delegated to the College. It provides assessors with guidelines for performing the assessment. The 1996 report recommended that the Ministry ensure that guidelines consider the time period covered, the volume of services provided, and the number of specialities practised. It also recommended that assessors who do not follow the guidelines document their justification. The Ministry agreed and indicated that it would request that the College review and refine its sampling guidelines.

During the current audit, Ministry staff reported that the policy for sample selection is a review of a minimum of 10 services per specialty. Audit staff reviewed a sample of completed reports. In some cases assessors did not select 10 items from each speciality and did not document the reasons for not completing the minimum sample. Some assessors had facility staff select file samples.⁴⁸

The Auditor recommended that the Ministry work with the College to ensure that the sample of services to be assessed is sufficient to reach a conclusion and is selected from a complete listing of all services rendered to patients, and the sample is selected independently by the College or by the Ministry.⁴⁹

Committee Hearings

The Ministry will discuss the Auditor's recommendation with the College. Requirements for the review of files and sample selection will be included in the MOU with the College. Work is in progress, with an expected completion date of 2005 or 2006. The matter was discussed with the College at a December 2004 meeting. Requirements for sample size and selection process were scheduled for discussion at a February 2005 meeting.⁵⁰

Committee Recommendation

The Committee recommends that:

7. The Ministry of Health and Long-Term Care ensure the Memorandum of Understanding (MOU) currently being negotiated with the College of Physicians and Surgeons of Ontario includes criteria addressing the review of files and the sample of services to be assessed.

The Committee requests that the Ministry provide the Committee Clerk with a written response to this recommendation within 120 days of the tabling of this report in the Legislature.

5.5 Clarity of Assessment Conclusion

The *IHFA* requires that facilities' services conform to generally accepted quality standards. The 1996 report recommended that the Ministry work with the College

to ensure assessment reports contain clear conclusions on whether clinical practice parameters and facility standards have been met. The Ministry agreed and said it was working with the College "to help improve the quality and content of the reports." During the current audit, audit staff found that the College's reports and other communications still did not consistently state whether parameters and standards had been met. Where it is unclear whether standards have been met, the Ministry needs to obtain clarification from the College, which contributes to the delays in the Ministry acting on reports.

In September 2003, the Ministry established a Facility Review Panel to provide additional support to the Director in making enforcement decisions. The panel was to advise as to whether the concerns identified by assessors reflected a failure to meet minimum standards of practice and to clarify the seriousness of any deficiencies. However, the Auditor noted that the conclusion of the audit was still too early to assess the success of this initiative.⁵¹

5.6 Assessment Tracking Systems

The Ministry maintains an assessment database containing information on the types of services provided by a facility, its status (active or suspended), and any dates on which action was taken with regard to problems at a facility.

The 1996 report recommended verifying data integrity, reviewing the feasibility of filing assessment information by licence number, and developing a system for tracking the completion of assessments. The current audit noted that activity was being tracked by licence number and that efforts had been made to increase data integrity. However, some data entry errors still needed to be corrected and the Ministry was not using the database to monitor the timeliness of the process. In addition, the database was not ideally structured for monitoring overall timeliness. Because reassessments and assessments are not linked, it is not easy to determine the time that has elapsed from the date of the first assessment to when significant assessment concerns have been resolved.⁵²

The Auditor recommended that the Ministry ensure that its management information system is structured to link all data relating to a specific facility.

In its initial response, the Ministry said the current management information system met the IHF program's need for data with respect to tracking quality assurance assessments under the *IHFA*. Proposed changes would enhance the reporting capability of the system. At the same time, the Ministry had to balance the value of the enhancements against available resources to program and implement the changes. Other systems projects took priority over proposed changes to the quality assurance management information system which would be implemented if/when resources were available.⁵³

6. UNLICENSED TECHNICAL SERVICES

The 1996 audit report noted that when the *IHFA* was introduced, many OHIP insured services that had a technical component were not covered by this legislation. The Schedule of Benefits contained 65 technical procedures that were not included under the *IHFA*. The 1996 report recommended the development of criteria for determining which of these services and procedures should be licensed. In its response, the Ministry noted that the number that could be covered was so substantial that a rigorous process would be required to prioritize areas for expanded coverage.

In 1997, a joint committee of the Ministry and the College developed criteria for expanding coverage to other services provided outside of hospitals. Criteria included quality assurance and utilization.⁵⁴ As a result of applying the utilization criteria, the *IHFA* was extended in 1998 to include sleep studies. However, while the joint committee recommended evaluating other procedures for inclusion under the *IHFA*, audit staff understood that no further evaluations had been conducted.

Studies and reports have reinforced the importance of the quality assurance process for technical services. For instance, in a 2000 report, a joint committee of the Ministry, the OHA and the OMA noted that the *IHFA*'s requirement for quality assurance was more comprehensive than any comparable requirements. That report also noted that the lack of an external quality assurance program for technical services provided in physicians' offices and medical clinics made the offices and clinics vulnerable to criticism for having inconsistent standards and quality. In a 2002 report, the OMA noted that the quality management program for IHFs was widely regarded as a major asset and that the challenge is to have a quality management system for technical diagnostic services that works across all sectors.

When a service that is not covered under the *IHFA* is performed outside a public hospital, the service is not subject to the *IHFA*'s quality assurance process. Under the *Health Insurance Act*, facilities performing these procedures are paid a technical fee.

Other procedures (e.g., allergy testing, colonoscopies) may be performed outside hospitals without requiring that the facility be licensed, but only the professional component of these procedures is paid for. In 2000/01, 19,260 colonoscopies, approximately 12% of all such procedures, were performed outside of public hospitals. Since these procedures are not covered by the *IHFA*, they were not subject to its quality assurance provisions.

Audit staff found no indication that the Ministry had analyzed whether any additional services being performed outside of hospitals and licensed facilities should be licensed under the *IHFA* and subject to its quality assurance process, since 1987.⁵⁵

The Auditor recommended that the Ministry assess which diagnostic and surgical services performed outside of hospitals and licensed IHFs should be covered by the *IHFA*.⁵⁶

Committee Hearings

Any decision to expand the IHF program must balance the cost of implementing a licensing and quality assurance program against the need for enhanced quality assurance of services performed in community-based settings, and planning and utilization controls on the service achieved through the IHF licensing scheme.

The Ministry developed criteria in 1997 to evaluate proposals for expansion of the *IHFA*. These criteria were used to regulate sleep medicine facilities and led to their licensing through changes to the Schedule of Benefits in 1998. They should continue to be used to evaluate any proposals for expansion of the *IHFA*. Evaluation of proposals for new and/or expanded services will be conducted on a case-by-case basis.⁵⁷

Committee Recommendation

The Committee recommends that:

8. The Ministry of Health and Long-Term Care report to the Committee on the number of requests to increase licensed independent health facilities services received in 2004/05 and the types of services involved.

The Committee requests that the Ministry provide the Committee Clerk with a written response to this recommendation within 120 days of the tabling of this report in the Legislature.

7. SLEEP STUDIES

Most sleep studies are overnight procedures where a patient is observed and monitored continuously for factors like oxygen saturation and sleep staging. The 1996 audit report noted that technical fees paid to facilities performing these procedures, which did not then require a licence, had increased by 135% over a four-year period. Sleep study clinics are now covered by the *IHFA*. The Physician Services Committee recommended that they be added primarily to limit the number of facilities permitted to bill for performing these services. In 1998, approximately 70 clinics came under the *IHFA* and were allowed to operate while their licences were pending. Between 1998/99 and 2002/03, sleep study technical-fee billings increased from \$14.9 million to \$23.4 million, a 57% increase.

Before a facility can become licensed, the College must perform a pre-licensing inspection. Facilities may continue to operate until the Ministry licenses them. If the College identifies serious quality assurance problems, the Director can prohibit the operator from billing for technical fees. The latter action would generally be taken only if an operator refuses to correct identified deficiencies.

Audit staff noted that quality concerns raised in many pre-licensing inspections required more than one inspection to resolve. On average, it took 16 months from the initial inspection to license a clinic. At the end of the audit fieldwork, 18 of the sleep study clinics in operation still had not been licensed because they had not yet rectified deficiencies or had not yet been inspected.

To ensure that quality standards are met, the Auditor recommended that all facilities be inspected on a timely basis. He also recommended that the Ministry follow up on problems identified on a timely basis to verify that corrective action has been taken.⁵⁸

Committee Hearings

To ensure that any future grandfathering situation is resolved in a timely manner, the Ministry recognizes the need to ensure that sufficient dedicated resources, both within the IHF program and the College, are assigned to the inspection and licensing processes. Ministry staff reported that they had commenced working on the Auditor's recommendation.⁵⁹

8. OTHER MATTER

8.1 Magnetic Resonance Imaging

Magnetic resonance imaging (MRI) produces high quality images of body structures. These images can be an extremely effective method of detecting such things as brain abnormalities, tumours or aneurysms. They can often provide critical information before surgery.

The government announced the expansion of diagnostic services to include MRI services in the summer of 2003. Access had previously been available in hospitals only. MRI services provided at IHFs would be less expensive than those in hospitals, but would be subject to *IHFA* provisions.

After evaluating submitted bids, the Ministry selected operators to provide services at five locations licensed between July and September 2003. Unlike other diagnostic services, funding for MRI services was limited to the amount of the bid price. It was also contingent on the provision of minimum levels of insured services.

Like other IHFs, operators can receive income for those services not covered by OHIP. However, contracts with MRI facilities limit the extent to which uninsured services can be performed. Facilities are also required to report on the volume of uninsured services provided.

At the conclusion of the audit, the Auditor's staff were told that the government was reviewing these facilities and other options for providing MRI services.

Developments Following the Audit

In July 2004, the press reported that the province was preparing to buy seven private MRI and computer tomography (CT) clinics. A spokesperson for the Premier confirmed that negotiations were taking place.⁶⁰

Three for-profit MRI clinics in Kitchener, Kingston and Richmond Hill were "repatriated" by late September 2004. Early in October, a Ministry of Health and Long-Term Care spokesperson said the three facilities were operated by private non-profit corporations.⁶¹

Committee Hearings

The previous government issued an RFP in the fall of 2002 for seven MRI/CT services and clinics. The current government then proceeded with a conversion process for those clinics. The Committee heard that four clinics in four centres were now non-profits. Discussions and negotiations regarding the conversion of three remaining clinics were ongoing.

Ministry staff were asked to describe the process behind the 2002 RFP. Under the *IHFA*, the Minister can direct the Director to issue a competitive RFP. In this instance, as in others, the Minister was provided with information on present and future service needs, and the availability of funds.

Based upon that information, the RFP was directed at specific geographic areas. It followed the normal procurement processes: bidders' meetings and answers to written questions. These were followed by a formal evaluation process which resulted in the awarding of the licences to the contractors and operators. There was one area where an award was not made, Brantford, because the results of the proposal request indicated that it would be more cost-efficient to provide the services in a hospital than in an IHF. In that case, the Minister decided to cancel the RFP.⁶²

9. COMMITTEE RECOMMENDATIONS

The Committee requests that the Ministry provide the Committee Clerk with a written response to these recommendations within 120 days of the tabling of this report in the Legislature.

1. The Ministry of Health and Long-Term Care report to the Committee on establishing target dates for the completion of the negotiation of facility or technical fees, particularly high volume medical services. The Committee would expect this to be done by June 30, 2006.

2. The Ministry of Health and Long-Term Care provide the Committee with an update on and the expected completion date of the work of the wait time strategy as it relates to services provided under the *Independent Health Facilities Act*. Reference should be made to the work of the Institute for Clinical Evaluative Sciences.

3. The Ministry of Health and Long-Term Care report to the Committee on the criteria used to determine whether a service should be provided in a hospital or in an independent health facility.

4. The Ministry of Health and Long-Term Care ensure that a process for conducting approximately 50 of 200 assessments without prior notice is implemented in 2005/06.

5. The Ministry of Health and Long-Term Care report to the Committee on its progress in developing and implementing a Memorandum of Understanding (MOU) with the College of Physicians and Surgeons of Ontario establishing protocols for

- (i) conducting unannounced assessments; and
- (ii) providing the appropriate training to staff carrying out those assessments.

6. The Ministry of Health and Long-Term Care disclose suspensions related to quality assurance problems in a timely manner and report to the Committee on how it will implement this recommendation.

7. The Ministry of Health and Long-Term Care ensure the Memorandum of Understanding (MOU) currently being negotiated with the College of Physicians and Surgeons of Ontario includes criteria addressing the review of files and the sample of services to be assessed.

8. The Ministry of Health and Long-Term Care report to the Committee on the number of requests to increase licensed independent health facilities services received in 2004/05 and the types of services involved.

NOTES

- ¹ Ontario, Office of the Provincial Auditor, *2004 Annual Report* (Toronto: The Office, 2004), p. 215; and Ontario, Legislative Assembly, Standing Committee on Public Accounts, *Official Report of Debates (Hansard)* (24 February 2005): P291.
- ² Office of the Provincial Auditor, *2004 Annual Report*, pp. 216-217.
- ³ *Ibid.*, p. 217.
- ⁴ The Schedule of Facility Fees is part of the Schedule of Benefits.
- ⁵ Office of the Provincial Auditor, *2004 Annual Report*, pp. 218-219.
- ⁶ *Ibid.*, p. 219.
- ⁷ Standing Committee on Public Accounts, *Official Report of Debates*, p. P295.
- ⁸ *Ibid.*, pp. P291-P292.
- ⁹ *Ibid.*, pp. P295 and P304.
- ¹⁰ Letter from Deputy Minister, Ministry of Health and Long-Term Care, Toronto, to Clerk, Standing Committee on Public Accounts, 19 May 2005.
- ¹¹ Ontario, Ministry of Health and Long-Term Care, "McGuinty government transforming health care to better meet patient needs," *Canada NewsWire*, 9 September 2004.
- ¹² Mary Gordon, "Ottawa 'developing' health bill," *Toronto Star*, 24 September 2004, p. A6.
- ¹³ Office of the Provincial Auditor, *2004 Annual Report*, pp. 219-221.
- ¹⁴ *Ibid.*, pp. 221-222.
- ¹⁵ *Ibid.*, p. 222.
- ¹⁶ Standing Committee on Public Accounts, *Official Report of Debates*, p. P292.
- ¹⁷ *Ibid.*, p. P292.
- ¹⁸ *Ibid.*, p. P298.
- ¹⁹ Rob Ferguson, "Plans under way to open cataract surgery clinic," *Toronto Star*, 8 April 2005, p. A13.
- ²⁰ Standing Committee on Public Accounts, *Official Report of Debates*, p. P292.
- ²¹ Office of the Provincial Auditor, *2004 Annual Report*, pp. 223-224.
- ²² *Ibid.*, p. 224.
- ²³ Standing Committee on Public Accounts, *Official Report of Debates*, p. P292.
- ²⁴ *Ibid.*, p. P299.
- ²⁵ *Ibid.*, pp. P300-P301.
- ²⁶ Ontario, Ministry of Health and Long-Term Care, "ICES landmark report identifies how long Ontarians are waiting for key health services," *Canada NewsWire*, 6 April 2005.
- ²⁷ Office of the Provincial Auditor, *2004 Annual Report*, p. 225.
- ²⁸ *Ibid.*, p. 225.
- ²⁹ Standing Committee on Public Accounts, *Official Report of Debates*, pp. P292-P293.
- ³⁰ *Ibid.*, pp. P299-P300.
- ³¹ *Ibid.*, p. P300.
- ³² Office of the Provincial Auditor, *2004 Annual Report*, p. 226.
- ³³ *Ibid.*, pp. 226-227.
- ³⁴ *Ibid.*, p. 227.
- ³⁵ *Ibid.*, pp. 227-228.
- ³⁶ Standing Committee on Public Accounts, *Official Report of Debates*, p. P293.
- ³⁷ *Ibid.*, p. P301.
- ³⁸ *Ibid.*, p. P293.
- ³⁹ *Ibid.*, pp. P302 and P304-P305.
- ⁴⁰ Letter from Deputy Minister, Ministry of Health and Long-Term Care, Toronto, to Clerk, Standing Committee on Public Accounts, 19 May 2005.
- ⁴¹ *Ibid.*, p. P293; and Office of the Provincial Auditor, *2004 Annual Report*, p. 228.
- ⁴² Office of the Provincial Auditor, *2004 Annual Report*, p. 230.
- ⁴³ Standing Committee on Public Accounts, *Official Report of Debates*, p. P293.
- ⁴⁴ *Ibid.*, p. P302.
- ⁴⁵ *Ibid.*, p. P293.
- ⁴⁶ *Ibid.*, p. P299.

⁴⁷ Letter from Deputy Minister, Ministry of Health and Long-Term Care, Toronto, to Clerk, Standing Committee on Public Accounts, 19 May 2005.

⁴⁸ Office of the Provincial Auditor, *2004 Annual Report*, p. 231.

⁴⁹ Ibid.

⁵⁰ Standing Committee on Public Accounts, *Official Report of Debates*, pp. P293-P294.

⁵¹ Office of the Provincial Auditor, *2004 Annual Report*, p. 232.

⁵² Ibid.

⁵³ Ibid, p. 233.

⁵⁴ The Standing Committee on Public Accounts recommended the use of these criteria in the expansion of licensed technical services and procedures in its *Annual Report 1996-1997*.

⁵⁵ Office of the Provincial Auditor, *2004 Annual Report*, pp. 233-234.

⁵⁶ Ibid., p. 235.

⁵⁷ Standing Committee on Public Accounts, *Official Report of Debates*, p. P294.

⁵⁸ Office of the Provincial Auditor, *2004 Annual Report*, p. 236.

⁵⁹ Standing Committee on Public Accounts, *Official Report of Debates*, p. P294.

⁶⁰ Dennis Bueckert, "Province to buy private health clinics, make them public," *Globe and Mail*, 17 July 2004, p. A7.

⁶¹ Ann Lukits, "Repatriation of MRIs just 'smoke and mirrors': Critic," *Kingston Whig-Standard*, 1 October 2004, p. 1.

⁶² Standing Committee on Public Accounts, *Official Report of Debates*, pp. P294-P295.

Legislative
Assembly
of Ontario



Assemblée
législative
de l'Ontario

COMITÉ PERMANENT DES COMPTES PUBLICS

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ AUTONOMES (Rapport annuel du vérificateur provincial 2004, section 3.08)

1^{re} session, 38^e législature
54 Élisabeth II

Données de catalogage avant publication de la Bibliothèque et Archives Canada

Ontario. Assemblée législative. Comité permanent des comptes publics

Établissements de santé autonomes (Rapport annuel du vérificateur provincial 2004, section 3.08)

Texte en français et en anglais disposé tête-bêche.

Titre de la p. de t. additionnelle: Independent Health Facilities (Section 3.08, 2004 Annual report of the Provincial Auditor)

ISBN 0-7794-8650-1

1. Ontario. Programme des établissements de santé autonomes—Évaluation.
2. Équipements sanitaires—Ontario—Administration—Évaluation. 3. Ontario. Ministère de la santé et des soins de longue durée—Évaluation. I. Titre. II. Titre: Independent Health Facilities (Section 3.08, 2004 Annual report of the Provincial Auditor)

KEO727.H42 O57 2005

353.6'8'09713

C2005-964007-3F

Legislative
Assembly
of Ontario



Assemblée
législative
de l'Ontario

L'honorable Alvin Curling,
Président de l'Assemblée législative

Monsieur le président,

Le Comité permanent des comptes publics a l'honneur de présenter son rapport et le confie
à l'Assemblée.

Le président du comité,

A handwritten signature in cursive script, reading "Norm. Sterling".

Norman Sterling

Queen's Park
Août 2005

COMPOSITION DU
COMITÉ PERMANENT DES COMPTES PUBLICS
1^{re} SESSION, 38^e LÉGISLATURE

NORMAN STERLING
Président

JULIA MUNRO
Vice-présidente

LAUREL BROTEN

JIM FLAHERTY

SHELLEY MARTEL

BILL MAURO

RICHARD PATTEN

LIZ SANDALS

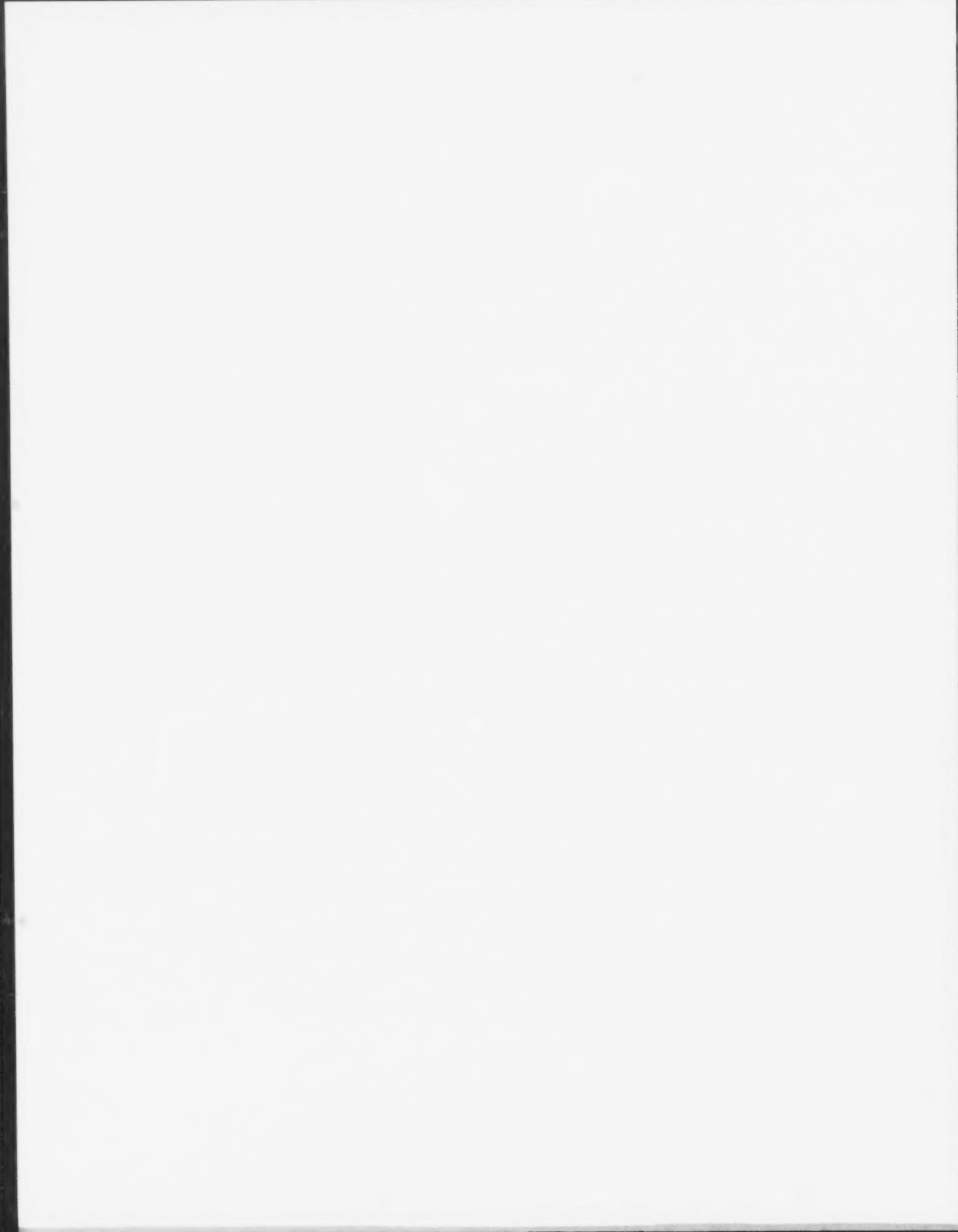
DAVID ZIMMER

Susan Sourial
Greffière du comité

Elaine Campbell
Recherchiste

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE	1
Réponse du ministère au rapport du Comité	1
1. APERÇU	1
2. OBJECTIFS ET PORTÉE DE LA VÉRIFICATION	2
2.1. Conclusions globales de la vérification	2
3. CARACTÈRE RAISONNABLE DES FRAIS D'ÉTABLISSEMENT	2
4. DISTRIBUTION DES SERVICES	5
4.1 Services diagnostiques	5
4.2 Services chirurgicaux/thérapeutiques	6
4.2.1 Chirurgies de la cataracte	6
4.2.2 Autres services chirurgicaux/thérapeutiques	7
4.3 Listes d'attente	8
4.4 Planification des services	10
5. ÉVALUATIONS ET INSPECTIONS	12
5.1 Processus d'évaluation	12
5.2 Délais pour la présentation des données d'évaluation	13
5.3 Suspensions de permis et réévaluations	15
5.4 Méthode d'évaluation	18
5.5 Clarté des conclusions d'évaluation	19
5.6 Systèmes de repérage des résultats d'évaluation	19
6. SERVICES TECHNIQUES NON AUTORISÉS	20
7. POLYSOMNOGRAPHIES	22
8. AUTRE QUESTION	23
8.1 Examens d'imagerie par résonnance magnétique	23
9. RECOMMANDATIONS DU COMITÉ	25
NOTES	27



PRÉAMBULE

Le vérificateur général (le vérificateur)* a présenté un rapport sur les établissements de santé autonomes dans la section 3.08 de son *Rapport annuel 2004*. Le Comité permanent des comptes publics a tenu des audiences sur ce rapport de vérification le 24 février 2005 auxquelles ont pris part les représentants du ministère de Santé et des Soins de longue durée.

Le Comité appuie le rapport de 2004 du vérificateur sur les établissements de santé autonomes et recommande la mise en œuvre de ses recommandations par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Le Comité a préparé des recommandations supplémentaires fondées sur les constatations qu'il a faites pendant les audiences. Le présent rapport est un compte rendu de ces données et des recommandations du Comité.

Le Comité tient à remercier les représentants du ministère de leur présence aux audiences. Il est également reconnaissant de l'aide qui lui a été apportée au cours des audiences par le Bureau du vérificateur général, le Greffier du Comité et le personnel des Services de recherches et d'information de la Bibliothèque de l'Assemblée législative.

Réponse du ministère au rapport du Comité

Le Comité demande au ministère de la Santé et des Soins de longue durée de transmettre au Greffier du Comité une réponse par écrit dans les 120 jours civils suivant le dépôt du présent rapport auprès du président de l'Assemblée législative de l'Ontario, sauf indication contraire dans une recommandation.

1. APERÇU

En vertu de la *Loi sur les établissements de santé autonomes*, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée délivre des permis à 955 établissements de santé autonomes (ESA) et régleme leurs activités. La majorité des établissements offrent des services diagnostiques, tels que la radiologie, la médecine nucléaire, les échographies, les épreuves fonctionnelles respiratoires et les polysomnographies (études du sommeil), qui peuvent aider à diagnostiquer différents états médicaux. Sept de ces établissements offrent l'imagerie par résonance magnétique (IRM) et la tomographie assistée par ordinateur. Vingt-quatre de ces établissements offrent des services chirurgicaux et thérapeutiques, tels que les traitements de dialyse, les avortements, les chirurgies de la cataracte, les chirurgies vasculaires et les chirurgies plastiques.

Les frais techniques ou d'établissement payés aux ESA correspondent aux coûts des services prodigués, tels que le coût de l'équipement médical et les frais d'administration et d'occupation. En 2003-2004, les paiements de frais techniques aux établissements offrant des services diagnostiques s'élevaient à environ

* Anciennement le vérificateur provincial.

257 millions de dollars, tandis que ceux versés aux établissements offrant des services chirurgicaux et thérapeutiques s'élevaient à environ 16 millions de dollars¹.

2. OBJECTIFS ET PORTÉE DE LA VÉRIFICATION

La vérification visait à évaluer si le ministère avait mis en place des procédures pour faire en sorte :

- que le ministère et les établissements détenteurs de permis en vertu de la *Loi* respectent la législation et les politiques applicables régissant la délivrance de permis, le financement et l'évaluation de la qualité des services fournis par les établissements;
- que l'objectif du programme soit atteint.

La vérification était en grande partie terminée en mars 2004².

2.1. Conclusions globales de la vérification

De façon générale, le ministère avait mis en place des procédures adéquates pour assurer la conformité avec la législation et les politiques qui régissent la délivrance de permis, le financement et la surveillance des établissements. Toutefois, pour que le programme puisse remplir son mandat de façon rentable, d'autres mesures devaient être prises pour s'attaquer à un certain nombre de problèmes qui avaient été repérés dans une vérification en 1996³.

3. CARACTÈRE RAISONNABLE DES FRAIS D'ÉTABLISSEMENT

Les services diagnostiques comportent un volet professionnel et un volet technique. Les médecins facturent au ministère le volet professionnel des frais d'après la formule de rémunération à l'acte dans le cadre du régime d'assurance-santé de l'Ontario conformément au barème des prestations établies en vertu de la *Loi sur l'assurance-santé*.

Pour la majorité des établissements offrant des services diagnostiques, les frais du volet technique ou frais d'établissement figurent sur le barème des frais d'établissement payés aux établissements de santé autonomes et sont réclamés d'après la formule de la rémunération à l'acte⁴. Ils correspondent aux coûts d'exploitation mais ne tiennent pas compte des facteurs qui peuvent influencer sur les coûts, tels que le volume de services rendus annuellement. Les frais techniques des établissements offrant des services chirurgicaux et thérapeutiques ainsi que des services d'IRM sont financés au moyen de budgets négociés fondés sur les coûts réels de prestation d'un certain volume de services.

Dans son *Rapport annuel 1996*, le vérificateur recommandait au ministère d'évaluer le caractère raisonnable des frais d'établissement en étudiant la relation entre le volume de services et les coûts. Le ministère a accueilli cette

recommandations et a indiqué que son personnel travaillait à élaborer « un protocole qui servirait à examiner le caractère approprié des frais et l'applicabilité d'escomptes de volume ».

Dans un rapport de 2000, le Comité sur les frais techniques, formé des représentants du ministère, de l'*Ontario Medical Association (OMA)* et de l'Association des hôpitaux de l'Ontario, indiquait que le remboursement des coûts devrait être le principe sous-jacent du financement du volet technique des services diagnostiques. La majorité des frais n'avaient pas été fixés au moyen d'une méthode de calcul rigoureuse. Le comité remarquait également qu'il y avait un manque d'information sur l'importance de la différence entre les frais actuels et les coûts réels, que le barème des frais devrait être examiné et qu'une méthode appropriée de calcul des frais devrait tenir compte de divers facteurs, tels que les économies d'échelle. Il soupçonnait qu'en raison de l'introduction de nouvelles technologies et de nouveaux équipements, certains frais payés pour des services existants ne reflétaient pas précisément les coûts actuels véritables.

En avril 2003, l'OMA et le ministère ont convenu d'établir un comité sur les services diagnostiques. Les responsabilités du comité devaient comprendre l'élaboration et l'établissement d'un processus d'évaluation et d'administration des frais techniques. Toutefois, en avril 2004, ce comité n'avait toujours pas été formé⁵.

Le vérificateur recommandait que le ministère détermine objectivement le coût actuel de la prestation de chaque type de services et examine la relation qui existe entre le volume de services offerts et les coûts de prestation des services⁶.

Audiences du Comité

Dans le cadre du protocole d'entente signé en 2003, le ministère et l'OMA ont convenu de créer le comité sur les services diagnostiques (CSD). Celui-ci était décrit comme un comité multipartite. On a indiqué que les participants étaient prêts à entreprendre leurs travaux dans un proche avenir. Les représentants étaient en cours de nomination. Les résultats préliminaires des efforts du CSD étaient attendus dans l'exercice courant. Parce que des travaux importants avaient déjà été réalisés et que les représentants étaient familiers avec les dossiers, le CSD était censé avoir intérêt à agir avec diligence⁷.

Le CSD agira à titre d'organisme consultatif auprès du ministre dans le but de planifier et de coordonner un système efficient et efficace de services diagnostiques. Il examinera comment le volet des frais techniques des services diagnostiques sera évalué, payé et administré, incluant l'établissement d'une méthode de calcul de frais et d'un processus d'examen permanent pour tenir compte du fait que le remboursement est fondé sur les coûts réels et les volumes de services actuels⁸.

Outre les frais, le CSD examinera le transfert des patients et de l'information entre les établissements (y compris les hôpitaux) pour déterminer comment on peut rationaliser le processus et le rendre plus efficace. Il examinera aussi les

problèmes de distribution et les gains de rendement dans les secteurs mal desservis⁹.

Recommandation du Comité

Le Comité est conscient de la complexité des fonctions qui incombent au CSD et du fait que ses participants représentent divers segments du système de soins de santé. Le Comité reste néanmoins préoccupé par le temps qu'il a fallu pour réagir à la recommandation du vérificateur de 1996 concernant l'évaluation du caractère raisonnable des frais techniques ou d'établissement par l'étude des relations entre le volume des services et le coût ainsi que les travaux du Comité sur les frais techniques. Cette préoccupation s'est traduite par une lettre envoyée par le Comité au ministère de la Santé et des Soins de longue durée le 9 mars 2005. Dans la lettre, le Comité indiquait qu'il demanderait vraisemblablement un nouveau rapport sur cette question.

Renseignements supplémentaires

Après les audiences, le ministère a fourni au Comité une mise à jour de l'état du CSD. Le ministère a indiqué que sa « convention de réouverture » de 2003 avec l'OMA comprenait la création d'une équipe de mise sur pied du comité sur les services diagnostiques (l'équipe). L'équipe devait élaborer et recommander une convention cadre entre les principaux intervenants au sujet de la structure du CSD.

L'équipe a présenté ses recommandations finales en janvier 2004. Les négociations sur une nouvelle convention de rémunération des médecins ont débuté le même mois et se sont terminées en mars 2005. Le conseil d'administration de l'OMA a ratifié la convention plus tard en mars. Étant donné que la plupart des travaux des comités conjoints de l'OMA et du ministère étaient suspendus pendant les négociations, le CSD n'avait pas débuté au 19 mai 2005.

La ratification de la convention signifie que le CSD est établi. La convention indique que :

les parties conviennent de mettre en marche le comité sur les services diagnostiques dans un délai de trois mois après la ratification de la convention sur les services des médecins 2004¹⁰.

Le Comité recommande donc ce qui suit :

1. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit faire rapport au Comité sur l'établissement de dates cibles pour l'achèvement de la négociation des frais d'établissement ou techniques, particulièrement pour les services médicaux à volume élevé. Le Comité s'attend à ce que ce soit fait d'ici le 30 juin 2006.

Le Comité demande au ministère de transmettre au Greffier du Comité une réponse par écrit à cette recommandation dans les 120 jours suivant le dépôt du présent rapport à l'Assemblée législative.

4. DISTRIBUTION DES SERVICES

En vertu de la *Loi sur les établissements de santé autonomes*, le ministère peut délivrer des permis à de nouveaux établissements de santé autonomes au terme d'un processus de demande de propositions qui comprend l'examen de la nature des services à fournir, de la disponibilité actuelle des services, des besoins actuels et futurs, du coût prévu et du financement disponible.

Événements qui ont suivi la vérification

Le 9 septembre 2004, le ministre de la Santé et des Soins de longue durée a annoncé la création d'une équipe sur les résultats de santé. Un membre de l'équipe, le Dr Alan Hudson, a été nommé chef de l'accès aux services et des temps d'attente (c.-à-d. la stratégie en matière de temps d'attente)¹¹.

Les premiers ministres ont tenu un sommet sur la santé à la mi-septembre 2004. L'un des résultats de la réunion a été la création par le gouvernement fédéral d'un Fonds pour la réduction des temps d'attente de 4,5 milliards de dollars. En échange de cet argent, les provinces ont accepté de « réaliser d'importantes réductions des temps d'attente » dans cinq secteurs prioritaires (cancer, soins cardiaques, imagerie diagnostique, remplacements articulaires et restauration de la vision) d'ici le 31 mars 2007¹².

4.1 Services diagnostiques

Depuis 1990, même si bon nombre de nouveaux établissements ont manifesté un intérêt en vue d'obtenir un permis, très peu d'entre eux ont été autorisés en vertu de la *Loi* à fournir les services diagnostiques visés à l'origine par celle-ci. Toutefois, depuis la vérification de 1996, le ministère a permis à des établissements détenteurs d'un permis et situés dans une région de la province insuffisamment desservie de diversifier des types de services qu'ils dispensent.

Dans un rapport de 2002, l'OMA recommandait au ministère, à l'OMA et au secteur hospitalier d'établir un comité de gestion des services diagnostiques techniques dont le rôle consisterait à conseiller une méthode de planification provinciale axée sur la population et des lignes directrices en vue de déterminer la capacité, la distribution et le choix de services diagnostiques appropriés. La méthode devait tenir compte des critères suivants : les besoins de la population, les listes d'attente et si l'introduction, l'expansion ou le remplacement des techniques permet de dispenser les services à moindre coût.

Les auteurs du rapport recommandaient également que le comité :

- recommande au ministère des stratégies pour répondre aux priorités en matière de services diagnostiques et de l'aviser des lacunes;
- examine les demandes visant l'introduction de nouveaux services ou l'accroissement de la capacité existante;
- fasse des recommandations en ce qui concerne l'introduction ou l'accroissement des services.

Bien que le ministère appuyait la création d'un tel comité, aucun n'avait été établi au moment de la présente vérification. On a remarqué que la province de la Colombie-Britannique a créé un comité consultatif sur les services diagnostiques qui examine des demandes de permis des nouveaux établissements.

Selon les données préparées par le ministère, il existe d'importantes variations régionales au chapitre de la disponibilité des services. La vérification actuelle n'a trouvé aucune indication permettant d'affirmer que le ministère avait analysé ces différences en vue de déterminer si des mesures devaient être prises pour donner suite à son engagement à l'égard d'un accès universel où et quand les services sont nécessaires.

Un établissement n'est assujéti à aucune limite de volume de services autorisés. Entre 1996-1997 et 2002-2003, on a observé d'importantes augmentations concernant l'utilisation de certaines procédures diagnostiques. Dans un certain nombre d'établissements, l'utilisation a augmenté de plus de 100 % et, dans certains cas, dans une proportion pouvant atteindre 700 %. Rien n'indiquait à la présente vérification que le ministère avait analysé les raisons de ces augmentations¹³.

4.2 Services chirurgicaux/thérapeutiques

En raison du vieillissement de la population, les services de chirurgie de la cataracte et de dialyse font l'objet d'une demande accrue.

4.2.1 Chirurgies de la cataracte

Selon les données du ministère, le nombre de chirurgies de la cataracte effectuées est passé d'environ 45 000 en 1992-1993 à 97 000 en 2002-2003. En 2000-2001, le ministère a évalué les besoins en matière de telles chirurgies. Il est arrivé à la conclusion que quatre régions de la province étaient insuffisamment desservies et qu'il serait plus économique de pratiquer des chirurgies dans les ESA que dans les hôpitaux. La vérification a permis de constater qu'un seul établissement autorisé, situé à Toronto, pratiquait des chirurgies de la cataracte; la majorité des chirurgies de la cataracte étaient effectuées dans des hôpitaux. En 2003-2004, avec l'approbation du Conseil de gestion du gouvernement, le ministère a porté de 300 à 1 300 par année le nombre de chirurgies de la cataracte pratiquées dans l'établissement autorisé. Le volume des services dispensés est maintenant à 100 % de sa capacité¹⁴.

4.2.2 Autres services chirurgicaux/thérapeutiques

Depuis la vérification de 1996, les besoins en matière de services chirurgicaux/thérapeutiques autorisés autres que les chirurgies de la cataracte et la disponibilité de ces services n'ont pas été déterminés. Au cours de la même période, il n'y a pas eu non plus d'examen régulier du nombre de services dispensés par unité de population.

Au moment de la vérification actuelle, cinq ESA autorisés pratiquaient des avortements thérapeutiques. Selon le ministère, certains services, tels que les avortements, « offerts ailleurs dans la province ne permettent pas de satisfaire la demande et le volume actuels ».

Un récent document du ministère indiquait que des établissements non autorisés pratiquent aussi des avortements, particulièrement dans une région. Puisque ces établissements ne détiennent pas de permis délivrés en vertu de la *Loi sur les établissements de santé autonomes*, le ministère ne leur verse pas de frais d'établissement pour les services qu'ils dispensent et ils ne sont pas assujettis au même processus d'assurance de la qualité que les établissements autorisés.

Le vérificateur a recommandé au ministère d'évaluer les besoins de chaque service dans chaque région et de déterminer les mesures qui doivent être prises pour respecter son engagement de fournir des services où et quand ils sont nécessaires. Il a aussi recommandé d'évaluer les répercussions – sur le plan des finances et des listes d'attente – de la délivrance d'un permis autorisant la pratique de chirurgies de la cataracte à plus d'un établissement de santé autonome. Le ministère doit également déterminer des mesures législatives ou autres qui devraient être prises en ce qui concerne les établissements non autorisés qui effectuent des chirurgies et d'autres procédures généralement effectuées dans des hôpitaux ou des ESA autorisés¹⁵.

Audiences du Comité

Évaluation des besoins régionaux

Le CSD utilisera à l'égard du système de services diagnostiques une approche fondée sur la planification, y compris des recommandations pour répondre aux besoins d'accès et de soins de santé. Il lui faudra notamment se pencher sur des questions telles que l'accès dans les régions mal desservies, les nouvelles approches pour répondre aux besoins des patients et les problèmes de capacité et de listes d'attente. Le CSD fournira des conseils et des recommandations sur le financement et la structure du système provincial de diagnostic, y compris l'utilisation de nouveaux fonds pour les services diagnostiques. Les travaux sont en cours et devraient se terminer en 2008¹⁶.

Prestation de chirurgies de la cataracte

Le ministère a effectué une évaluation des besoins pour déterminer les régions qui ont le plus grand besoin de services additionnels. Il examine un éventail d'options pour répondre aux besoins des communautés, y compris les ESA¹⁷.

La stratégie du gouvernement à l'égard des temps d'attente comprend aussi un processus continu d'évaluation des besoins qui tient compte des principes de qualité, d'accès et d'efficacité et contribuera à déterminer le bon type de modèle de prestation de services à l'égard des cataractes. On a dit aux membres du Comité que le gouvernement avait récemment annoncé que 2 000 chirurgies de la cataracte de plus seraient effectuées au cours de l'exercice actuel. On vise à atteindre 9 000 nouvelles chirurgies en 2005-2006¹⁸.

Renseignements supplémentaires

Le 7 avril 2005, le ministre de la Santé et des Soins de longue durée a annoncé qu'une clinique sans but lucratif vouée aux chirurgies de la cataracte ouvrirait ses portes au centre-ville de Toronto plus tard cette année. La nouvelle clinique regroupera des services actuellement dispensés dans quatre hôpitaux de la ville et effectuera environ 5 500 chirurgies par année¹⁹.

Mesures à prendre à l'égard des établissements non autorisés

La structure de la *Loi sur les établissements de santé autonomes* est telle que la définition d'un ESA ainsi que les problèmes et pénalités liés à l'exploitation d'un établissement non autorisé sont tous axés sur la facturation de frais d'établissement tels que définis dans la loi. Les établissements qui renoncent à facturer ces frais n'ont pas besoin d'obtenir un permis en vertu de la *Loi* et ne sont pas soumis à ses dispositions en matière d'assurance de la qualité. L'imposition de l'assurance de la qualité établie en vertu de la *Loi* aux établissements non autorisés qui prodiguent des services semblables à ceux des ESA exigerait d'importantes modifications à la loi. Le ministère a indiqué aux membres du Comité qu'il appuie entièrement l'étude de cette question dans le cadre d'une révision de la politique de la *Loi*. Les travaux étaient en cours et devaient se terminer à l'automne 2006²⁰.

4.3 Listes d'attente

Le ministère ne disposait pas d'un système de suivi pour gérer les temps d'attente en vue d'obtenir un des services pouvant être dispensés en vertu de la *Loi sur les établissements de santé autonomes*. En 2000, il a commencé à financer le Comité mixte des politiques et de la planification (CMPP) de l'Ontario pour lui permettre d'entreprendre le projet *Ontario Waiting List*. Ce projet visait à permettre au ministère de bien comprendre comment gérer les listes d'attente et améliorer l'accessibilité. Le CMPP devait « recommander la méthodologie qui accorde raisonnablement la priorité aux patients, d'un accès aux services en temps opportun, s'applique à tous les niveaux de soins et convient aux intervenants clés ».

Le projet a permis d'élaborer et d'évaluer des outils d'établissement des priorités fondés sur les travaux initiés par les responsables du projet intitulé Western Canada Wait List Project (WCWL), une entreprise à laquelle participaient des organisations et des gouvernements des quatre provinces de l'Ouest. Le projet WCWL a permis d'élaborer des outils de gestion des listes d'attente dans

cinq domaines cliniques. Même si les outils n'ont pas été créés spécifiquement pour gérer les listes d'attente des ESA, le CMPP a évalué l'efficacité de ces outils pour gérer les listes d'attente des examens d'IRM, des chirurgies générales et des chirurgies de la cataracte. Il a recommandé d'élaborer et de perfectionner davantage chacun des outils. (Un projet provincial de surveillance des temps d'attente a également été lancé en Nouvelle-Écosse.)

En mai 2004, le personnel de la vérification n'était informé d'aucune nouvelle initiative entreprise par le ministère concernant le projet *Ontario Waiting List* ni d'autres démarches visant à obtenir des données sur les temps d'attente pour les services dispensés par les ESA²¹.

Le vérificateur a recommandé au ministère d'élaborer et de mettre en œuvre un système de gestion des listes d'attente et de surveiller et d'analyser les temps d'attente²².

Audiences du Comité

Les activités initiales de la stratégie ontarienne de réduction des temps d'attente comprendront l'élaboration d'un système d'information global qui permettra de compiler, de mesurer et d'évaluer les temps d'attente dans tous les établissements qui fournissent des services clés, y compris les ESA. Cette information sera rendue publique, ce qui permettra aux patients et à leurs fournisseurs de soins de prendre des décisions éclairées quant à leurs options et d'avoir l'assurance que leurs besoins sont pris en considération²³.

Dans le passé, on a effectué des estimations de la demande géographique par hôpital ou sur les taux courants de chirurgie par population ainsi que des estimations de la croissance démographique de ces régions. Afin d'obtenir un registre complet des temps d'attente, la stratégie de réduction des temps d'attente examinera les taux de croissance démographique dans une région géographique ainsi que les temps d'attente dans la même région. La combinaison de ces renseignements permettra une meilleure planification. Bien qu'il y ait pénurie d'information sur la plupart des services dans le cadre de la stratégie, il existe une bonne information sur la chirurgie cardiaque et les autres services cardiaques²⁴.

En réponse à des questions, le personnel du ministère a déclaré que bien que l'accroissement des volumes et de la capacité était important pour la stratégie, l'efficacité a été et continuera d'être un point majeur. Un groupe de travail examine actuellement le processus chirurgical et l'efficacité diagnostique.

On a demandé à l'Institut de recherche en services de santé (IRSS) d'examiner les temps d'attente ainsi que la pertinence et le résultat des services. Sa première tâche consistera à établir une base de référence de données sur les temps d'attente qui devait être terminée au printemps de 2005. Les renseignements sur la pertinence et les résultats des services pourraient être accessibles l'an prochain.

Lorsque le ministère aura un registre de temps d'attente exhaustif, sa priorité initiale sera les cinq zones prioritaires de la stratégie. (Le système aura la

possibilité de s'étendre à d'autres interventions dans l'avenir.) Les médecins pourront alors donner à leurs patients un choix de temps d'attente. Ce choix dépendra de l'établissement qui effectuera l'intervention.

Avec le temps, la stratégie pourra offrir une idée de ce que devrait être un temps d'attente raisonnable pour une intervention. Le Comité a aussi appris que la stratégie de l'Ontario en matière de réduction des temps d'attente n'était pas aussi avancée que celle de nombreux autres gouvernements²⁵.

Renseignements supplémentaires

L'Institut de recherche en services de santé (IRSS) a publié un rapport indiquant le volume et le temps d'attente associé pour chaque élément de la stratégie de réduction des temps d'attente le 6 avril 2005²⁶.

Recommandation du Comité

Le Comité recommande ce qui suit :

2. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit fournir au Comité une mise à jour sur les travaux de la stratégie de réduction des temps d'attente à l'égard des services fournis en vertu de la *Loi sur les établissements de santé autonomes* et la date prévue d'achèvement de ces travaux. Il doit faire référence aux travaux de l'Institut de recherche en services de santé.

Le Comité demande au ministère de transmettre au Greffier du Comité une réponse par écrit à cette recommandation dans les 120 jours suivant le dépôt du présent rapport à l'Assemblée législative.

4.4 Planification des services

Nous n'avons aucune preuve permettant d'affirmer que le ministère avait établi un processus ou des critères en vue d'évaluer si un service particulier devrait être dispensé dans les hôpitaux ou dans des établissements autorisés. Une telle évaluation pourrait indiquer que la pratique de certaines interventions chirurgicales dans des établissements autorisés permettrait aux hôpitaux de répondre à d'autres besoins qui peuvent uniquement être comblés dans un hôpital. Les résultats de l'évaluation pourraient varier d'une région à l'autre en raison de facteurs tels que la capacité des hôpitaux et la disponibilité de professionnels de la santé qualifiés²⁷.

Le vérificateur a recommandé au ministère de mettre en œuvre un processus afin de déterminer si certains services devraient être dispensés dans des hôpitaux ou des établissements de santé autonomes autorisés²⁸.

Audiences du Comité

Avant d'introduire un service, que ce soit dans un hôpital ou dans un ESA, il faudrait envisager le meilleur mécanisme de prestation de services pour le bénéfice du patient. Les hauts fonctionnaires du ministère évaluent les meilleures

options possibles pour dispenser les soins aux patients tout en optimisant les ressources humaines et financières disponibles.

Pour créer de nouveaux établissements de santé autonomes, le ministre doit autoriser l'émission d'une demande de propositions. La décision ministérielle d'émettre une demande de propositions doit tenir compte des éléments énoncés à l'article 5 de la *Loi sur les établissements de santé autonomes*, incluant les besoins actuels et futurs. Il faut aussi tenir compte de la disponibilité actuelle du service, du coût prévu et de la disponibilité des fonds publics.

Le Programme des établissements de santé autonomes prévoit inclure une évaluation et une justification de la prestation de services dans un établissement de santé autonome plutôt qu'à l'hôpital dans le document d'information à l'intention du ministre. Ce document comprend généralement une comparaison du coût et une évaluation de la complexité du service. Il comprend aussi une analyse des questions d'assurance de la qualité associées à la prestation du service dans un contexte non hospitalier²⁹.

Le processus de demande de propositions est plus ou moins le même que celui qui a été énoncé dans la *Loi sur les établissements de santé autonomes* lors de sa proclamation en 1990. Il a été utilisé dans quelques cas (p. ex., les propositions de dialyse et les IRM et la tomographie assistée par ordinateur). Le processus a été le même dans chaque cas quant à l'observation des lignes directrices d'approvisionnement du gouvernement et au processus concurrentiel. La *Loi de 1996 sur les économies et la restructuration* a modifié la *Loi sur les établissements de santé autonomes* afin de permettre des demandes de propositions orientées qui donnent au ministre la possibilité de demander une proposition d'un établissement déterminé. Ce processus a été utilisé à deux reprises : en 1999 et à l'automne de 2004³⁰.

On a rappelé aux membres du Comité que les permis d'ESA sont aussi prévus par une modification du barème des prestations qui fait relever les services de la *Loi*. C'est ce qui a été fait dans le cas de polysomnographies (études sur le sommeil)³¹. (Les polysomnographies font l'objet de la section 7 du présent rapport.)

Recommandation du Comité

Le Comité recommande ce qui suit :

3. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit présenter un rapport au Comité sur les critères utilisés pour déterminer si un service devrait être offert dans un hôpital ou dans un établissement de santé autonome.

Le Comité demande au ministère de transmettre au Greffier du Comité une réponse par écrit à cette recommandation dans les 120 jours suivant le dépôt du présent rapport à l'Assemblée législative.

5. ÉVALUATIONS ET INSPECTIONS

Pour assurer la conformité aux normes appropriées, la *Loi* prévoit des évaluations de la qualité des services dispensés dans les établissements autorisés. L'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (l'Ordre) a la responsabilité de mener ces évaluations, et d'élaborer et de publier des paramètres de pratique clinique et des normes d'établissement. Les évaluations permettent de déterminer si un établissement a respecté les paramètres et les normes. Durant l'exercice 2003-2004, le ministère a versé à l'Ordre 1,3 million de dollars pour mener des évaluations et pour élaborer et publier des paramètres et des normes.

En plus des évaluateurs, le ministère et l'Ordre peuvent nommer des inspecteurs. Des inspecteurs du ministère peuvent inspecter un établissement pour s'assurer qu'il satisfait à toutes les dispositions de la *Loi* et à ses règlements, de même qu'aux conditions de délivrance de son permis. Des inspecteurs peuvent également être nommés par l'Ordre pour inspecter un établissement avant la délivrance de son permis. Les inspections peuvent également être menées lorsque le directeur des établissements de santé autonomes (le directeur) a des motifs raisonnables de croire que des établissements non autorisés facturent au public des frais d'établissement pour des services assurés.

Les attentes du ministère à l'égard de l'Ordre en ce qui a trait au processus d'évaluation ont été au départ définies dans un protocole d'entente signé en 1992-1993³².

5.1 Processus d'évaluation

Les établissements à évaluer sont sélectionnés par le ministère au début de chaque exercice financier. La sélection est fondée sur les différents facteurs de risque. Le rapport de vérification de 1996 indiquait que deux tiers des établissements détenteurs d'un permis délivré en vertu de la *Loi* n'avaient pas été soumis à une évaluation et que seulement 47 des 336 établissements dont le permis avait été renouvelé avaient fait l'objet d'une évaluation. Dans le cadre de la présente vérification, on a constaté que plus de 85 % des établissements étaient évalués au moins une fois durant la période de validité d'un permis, qui est de cinq ans.

Depuis la modification de la *Loi* en 1996, des évaluations peuvent être menées sans préavis. En mars 2004, aucune évaluation d'établissement sans préavis n'avait été menée. Pour contribuer à faire en sorte que les services des ESA soient conformes aux paramètres de pratique clinique et aux normes d'établissement, le vérificateur estimait que certaines évaluations devraient être menées sans préavis.

Lorsque l'Ordre a terminé son évaluation, il transmet un rapport au directeur. Ce dernier examine le rapport et peut demander des précisions ou autoriser les représentants de l'Ordre à obtenir de l'établissement un plan de mesures correctives. Lorsqu'au cours d'une évaluation, un risque pour la santé et la sécurité des patients est repéré, le directeur peut suspendre le permis de l'établissement ou restreindre les services que l'établissement est autorisé à

dispenser. Lorsque l'établissement a démontré que des problèmes à l'origine de la suspension du permis ont été réglés et que les recommandations ont été mises en œuvre, l'Ordre en informe le directeur, qui peut alors rétablir le permis de l'établissement ou lever les restrictions sur les services pouvant être dispensés³³.

5.2 Délais pour la présentation des données d'évaluation

Le ministère n'a pas fixé de délais pour la transmission par l'Ordre des rapports complets d'évaluation au directeur du programme. Le rapport de 1996 recommandait que le ministère fixe de tels délais. Le ministère a accueilli cette recommandation.

Des délais n'avaient pas été fixés non plus pour la prise de mesures correctives dans le cas d'un établissement jugé non conforme ou déficient. Dans le rapport de 1996, on remarque que le personnel de l'établissement et celui de l'Ordre étaient tenus de se rencontrer dans les deux mois, ou dès que possible, suivant l'évaluation pour discuter du rapport d'évaluation. Ces rencontres ont cessé. Les établissements transmettent maintenant l'information à l'Ordre, qui s'assure qu'ils ont pris les mesures correctives nécessaires. Aucun délai obligatoire n'a été fixé pour la transmission de cette information.

La vérification actuelle a examiné les rapports d'évaluation des établissements qui présentaient de graves problèmes, mais dont le permis n'avait pas été suspendu, entre le 1^{er} avril 2000 et le 31 mars 2003. On a observé que, dans la majorité des cas, l'Ordre n'avait été informé des mesures prises que quatre à six mois après la date de l'évaluation. Même si le ministère a indiqué qu'un tel délai était raisonnable, le personnel de la vérification n'a pas pu déterminer le fondement de cette conclusion³⁴.

Pour améliorer l'efficacité du processus d'évaluation, le vérificateur a recommandé la fixation de délais pour la présentation par l'Ordre des rapports au directeur et pour la transmission de l'information des établissements de santé autonomes à l'Ordre démontrant que les mesures correctives requises ont été prises en temps opportun. Il a aussi recommandé au ministère de mettre à jour régulièrement son entente avec l'Ordre en signant un protocole d'entente³⁵.

Audiences du Comité

Mise à jour de l'entente avec l'Ordre dans le cadre d'un protocole d'entente

Les travaux sur la mise en œuvre de cette recommandation sont en cours. La nécessité du protocole d'entente a été discutée avec l'Ordre lors d'une réunion en décembre 2004. Il faudra toutefois beaucoup de discussions pour résoudre les problèmes portant sur les objectifs du programme, la portée des activités et les produits à livrer. Néanmoins, le protocole d'entente doit être élaboré et mis en œuvre en 2005-2006³⁶.

Lorsqu'on lui a demandé si un autre organisme pourrait être chargé d'effectuer les évaluations, le personnel du ministère a répondu que la *Loi sur les établissements*

de santé autonomes prescrit que l'Ordre doit les faire. Toute modification exigerait une modification législative³⁷.

Évaluations sans préavis

Le ministère a engagé des discussions avec l'Ordre et espère qu'ils pourront ensemble élaborer des politiques et procédures définissant les circonstances dans lesquelles des évaluations sans préavis seront menées. Les travaux devraient être terminés cette année ou l'an prochain. La politique sera mise en œuvre dès réception des approbations nécessaires³⁸.

Étant donné que les inspections sans préavis sont permises depuis 1996 mais qu'aucune n'avait été réalisée jusqu'en mars 2004, on a demandé au personnel du ministère d'expliquer cette importante inactivité. On a indiqué au Comité qu'on se préoccupait d'employer des équipes de professionnels qui voyageraient sur une certaine distance pour constater simplement qu'un établissement est fermé ou il n'y a pas de patients. Les établissements détenteurs d'un permis pour des modalités multiples, pourraient ne pas être en mesure de broser un tableau complet de leurs activités si les évaluations étaient effectuées sans préavis.

Toutefois, les principaux obstacles semblent avoir été le besoin d'élaborer un processus de prestation des évaluations sans préavis et de fournir une formation appropriée, au-delà du programme standard de formation fourni par l'Ordre³⁹.

Renseignements supplémentaires

Selon une correspondance du ministère après les audiences, une proposition de mise en œuvre d'un processus d'évaluation sans préavis des ESA avait été mise au point en mars 2005. La proposition prévoit de viser des évaluations sans préavis dans le cadre d'un sous-ensemble du plan d'évaluation. Selon cette proposition, environ 50 évaluations sur 200 en 2005-2006 seraient effectuées sans préavis.

La proposition a été envoyée à l'Ordre en avril 2005. Il y aura une réunion du comité de coordination du programme des ESA pour discuter des problèmes de mise en œuvre et élaborer le calendrier de mise en œuvre. Lorsque les problèmes et les coûts de mise en œuvre seront résolus, la proposition sera présentée aux hauts fonctionnaires du ministère pour approbation. Un processus d'évaluations sans préavis devrait être mis en œuvre en 2005-2006⁴⁰.

Délais pour la présentation des rapports

Les travaux de détermination des délais sont en cours et devraient être achevés cette année ou au début de l'année prochaine. En vertu du nouveau processus, l'Ordre s'engage à respecter un délai d'exécution d'au plus 10 jours ouvrables suivant le signalement d'établissements dont les activités semblent causer un préjudice à la santé et à la sécurité des patients et d'au plus 72 heures dans le cas d'établissements dont les activités posent des risques immédiats pour la santé et la sécurité. Cette mesure permettra au ministère de s'attaquer aux problèmes en temps plus opportun.

Les lettres actuelles envoyées aux établissements détenteurs d'un permis indiquent que ceux-ci doivent communiquer avec l'Ordre dans les 15 jours suivant la réception du rapport si les recommandations sont uniquement de nature administrative. Dans le cas de préoccupations plus sérieuses dont la gravité n'exige toutefois pas la suspension du permis, le détenteur de permis doit communiquer avec l'Ordre dans les 15 jours et soumettre un plan écrit donnant suite aux recommandations dans les 30 jours suivants la réception du rapport⁴¹.

Recommandations du Comité

Le Comité recommande ce qui suit :

4. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit s'assurer de mettre en œuvre en 2005-2006 un processus visant à réaliser sans préavis environ 50 évaluations sur 200.

5. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit faire rapport au Comité sur la progression de l'élaboration et de la mise en œuvre d'un protocole d'entente avec l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario pour établir des protocoles visant

(i) à réaliser des évaluations sans préavis;

(ii) à offrir la formation pertinente au personnel qui réalise ces évaluations.

Le Comité demande au ministère de transmettre au Greffier du Comité une réponse par écrit à ces recommandations dans les 120 jours suivant le dépôt du présent rapport à l'Assemblée législative.

5.3 Suspensions de permis et réévaluations

En vertu de la *Loi*, le directeur peut immédiatement suspendre le permis d'un établissement lorsqu'il y a des motifs raisonnables de croire que l'établissement en question constitue une menace pour la santé ou la sécurité des gens. En règle générale, une telle mesure est fondée sur les résultats d'un rapport d'évaluation préparé par l'Ordre. Comme nous en avons discuté plus haut, aucun délai n'est fixé pour la transmission des rapports d'évaluation au directeur du programme une fois l'évaluation terminée. La présente vérification a permis d'observer que, lorsque les évaluations entraînaient la suspension du permis d'un établissement ou la restriction des services pouvant être dispensés en vertu du permis, environ trois mois s'écoulaient en moyenne entre la date de l'évaluation initiale et la date de suspension du permis ou de restriction des services.

Dans le rapport de 1996, on remarquait que le ministère n'avait aucune politique documentée sur le suivi ou la réévaluation des établissements ayant fait l'objet d'une évaluation défavorable. Dans plus de 60 % des cas de réévaluation, des problèmes sérieux n'avaient pas été réglés. La présente vérification a permis

d'observer que, dans environ 20 % des réévaluations menées depuis le 1^{er} avril 2000, des problèmes graves continuaient à être soulevés. Malgré la réduction de la persistance des problèmes graves, le ministère n'avait toujours pas établi de politique officielle sur les mesures appropriées à prendre lorsque des établissements continuent à présenter des problèmes en matière d'assurance de la qualité. Ces mesures pourraient inclure la révocation du permis de l'établissement.

Depuis 1996, le Ministre peut, en vertu de la *Loi*, établir des règlements régissant les circonstances dans lesquelles les propriétaires d'établissement seraient tenus de payer le coût d'une évaluation. Cette mesure permettrait au ministère de facturer les frais d'une réévaluation rendue nécessaire en raison de la persistance de problèmes remarqués lors de l'évaluation initiale. Au moment de la présente vérification, les propriétaires d'établissement n'étaient toujours pas tenus de payer les frais de réévaluation.

La présente vérification a également permis de remarquer que le ministère ne rend pas publique l'information sur les problèmes d'assurance de la qualité. Même si les établissements dont le permis a été suspendu ou restreint en raison de problèmes d'assurance de la qualité ne peuvent pas facturer de frais d'établissement durant la période de la suspension ou de la restriction, les patients potentiels et les médecins qui orientent des patients vers les établissements peuvent ne pas être au courant de l'existence de ces problèmes.

Le vérificateur a recommandé que le ministère ait une politique officielle sur la suspension du permis des établissements qui présentent de graves problèmes en matière d'assurance de la qualité, particulièrement lorsque les mêmes problèmes sont repérés au moment d'une réévaluation, et qu'il envisage de facturer aux établissements les frais de réévaluation. Il a aussi suggéré d'envisager des mesures appropriées pour rendre publics les graves problèmes d'assurance de la qualité repérés dans les établissements de santé autonomes⁴².

Audiences du Comité

Élaboration d'une politique officielle et perception de frais

Le ministère élaborera une politique établissant les circonstances dans lesquelles le permis sera suspendu ou restreint en raison de problèmes répétés d'assurance de la qualité, lorsque la déficience ne constituera pas un risque pour la santé et la sécurité ni une menace immédiate. Il est d'accord avec l'idée d'envisager de facturer les frais de réévaluation. Il élaborera un document sur les options proposées énonçant le processus de mise en œuvre de cette modification et les avantages et inconvénients de facturer aux établissements détenteurs d'un permis les frais de réévaluation. Les travaux dans ces dossiers sont en cours et devraient être terminés en 2005-2006⁴³.

Les ESA sont évalués une fois pendant la durée de cinq ans du permis. Il se fait environ 200 évaluations chaque année. L'établissement de frais de réévaluation exigerait une modification à la réglementation en vertu de la *Loi* et toucherait de

six à dix établissements par année. Tandis que ces frais inciteraient les exploitants à prendre des mesures correctives, ils exigeraient une certaine quantité de travail administratif (c.-à-d. la préparation d'une proposition, l'examen du processus réglementaire et la mise en œuvre) pour des résultats relativement faibles⁴⁴.

Divulgaration des problèmes d'assurance de la qualité

Le ministère élaborera un document sur les options proposées pour cette question. Un certain nombre de questions peuvent être examinées relativement à l'élaboration d'un système de divulgation publique, incluant la période de rétention de l'information, l'annonce des suspensions proposées pendant qu'elles sont portées en appel, les répercussions des changements de propriété et le moment de l'affichage de l'information. Les travaux sont en cours et ils devraient être terminés cette année ou au début de 2006⁴⁵.

Le ministère suspend couramment environ 10 à 15 permis chaque année. Dans la dernière année, tous les établissements suspendus ont pris des mesures correctives et ont vu leur permis rétabli. Parce que ces renseignements ne sont pas divulgués publiquement, nous avons demandé au personnel du ministère s'ils seraient accessibles par l'entremise d'une demande d'accès à l'information. On a indiqué aux membres du Comité qu'une cause de demande d'accès à l'information avait été portée en appel⁴⁶.

Renseignements supplémentaires

Après les audiences, le ministère a indiqué au Comité dans une correspondance qu'une demande de divulgation de rapports d'évaluation touchant de graves déficiences repérées grâce à des évaluations des ESA avait été présentée en février 2002 en vertu de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée*. Le ministère était d'avis que les rapports devaient être expurgés d'une bonne partie de l'information, car il s'agit d'information d'entreprise visée à l'article 17 de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée*. Il a demandé que les tiers visés (détenteurs de permis) puissent donner leur avis au sujet de la divulgation. La décision de divulguer des documents expurgés a fait l'objet d'un appel par le demandeur et 20 parties touchées.

En février 2003, le Commissaire à l'information et à la protection de la vie privée a émis un avis d'enquête concernant la divulgation. Le Commissaire a jugé en octobre 2003 que l'article 17 de la *Loi* ne s'appliquait pas, car il n'y avait aucun signe de dommage associé à la divulgation. Il a jugé que les rapports d'évaluation pouvaient être rendus publics, sous réserve d'expurgation mineure visant les renseignements personnels.

Le ministère a déclaré que la décision du Commissaire éclairait la divulgation des renseignements concernant les évaluations des problèmes. Elle élimine aussi le problème de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée* au sujet de la recommandation du vérificateur⁴⁷.

Recommandation du Comité

Le Comité recommande ce qui suit :

6. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit divulguer en temps opportun les suspensions liées à des problèmes d'assurance de la qualité et faire rapport au Comité sur la manière dont il mettra en œuvre cette recommandation.

Le Comité demande au ministère de transmettre au Greffier du Comité une réponse par écrit à cette recommandation dans les 120 jours suivant le dépôt du présent rapport à l'Assemblée législative.

5.4 Méthode d'évaluation

Les évaluateurs reçoivent et analysent les données sur les soins dispensés aux patients et conservés par les établissements de santé autonomes. Le ministère a laissé à l'Ordre le soin de choisir la méthode de sélection des échantillons de dossiers à examiner. L'Ordre fournit aux évaluateurs des lignes directrices pour mener des évaluations. Dans le rapport de 1996, on recommandait au ministère de s'assurer que les lignes directrices d'échantillonnage tiennent compte de la période couverte par l'évaluation, du volume de services dispensés et du nombre de spécialités exercées. On y recommandait également que les évaluateurs qui ne suivent pas les lignes directrices soient tenus de documenter les raisons de leur décision. Le ministère a accueilli cette recommandation et a indiqué qu'il demanderait à l'Ordre d'examiner et de préciser ses lignes directrices d'échantillonnage.

Pendant la présente vérification, le personnel du ministère a indiqué qu'en vertu de la politique de sélection d'échantillons, les évaluateurs doivent examiner un minimum de dix services par spécialité. Le personnel de la vérification a examiné un échantillon de rapports d'évaluation. Dans certains cas, les évaluateurs n'ont pas sélectionné dix services par spécialité et n'ont pas documenté les raisons pour lesquelles ils n'ont pas utilisé l'échantillon minimum. Certains évaluateurs ont demandé au personnel de l'établissement de choisir les échantillons de dossier.⁴⁸

Le vérificateur a recommandé que le ministère travaille en collaboration avec l'Ordre afin de veiller à ce que l'échantillon de services à évaluer soit suffisant pour permettre aux évaluateurs d'en arriver à une conclusion et que celui-ci soit sélectionné à partir d'une liste complète de tous les services dispensés aux patients et que l'échantillon soit sélectionné indépendamment par l'Ordre ou par le ministère⁴⁹.

Audiences du Comité

Le ministère discutera de la recommandation du vérificateur avec l'Ordre. Les exigences en matière de dossiers et de sélection d'échantillons seront incluses dans le protocole d'entente conclu avec l'Ordre. Les travaux sont en cours et devraient se terminer en 2005 ou 2006. La question a été discutée avec l'Ordre lors d'une réunion en décembre 2004. Les exigences en matière de taille

d'échantillon et de processus de sélection devaient être discutées lors d'une réunion en février 2005⁵⁰.

Recommandation du Comité

Le Comité recommande ce qui suit :

7. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit s'assurer que le protocole d'entente actuellement en négociation avec l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario comprend des critères portant sur l'examen des dossiers et l'échantillonnage des services à évaluer.

Le Comité demande au ministère de transmettre au Greffier du Comité une réponse par écrit à cette recommandation dans les 120 jours suivant le dépôt du présent rapport à l'Assemblée législative.

5.5 Clarté des conclusions d'évaluation

En vertu de la *Loi sur les établissements de santé autonomes*, les services dispensés par les établissements doivent être conformes aux normes de qualité généralement reconnues. Dans le rapport de 1996, on recommandait au ministère de travailler en collaboration avec l'Ordre pour s'assurer que les rapports d'évaluation présentent des conclusions claires quant à la conformité ou à la non-conformité aux paramètres de pratiques cliniques et aux normes d'établissement. Le ministère a accueilli la recommandation et a indiqué qu'il travaillait avec l'Ordre « pour aider à améliorer la qualité et le contenu des rapports ». Durant la présente vérification, le personnel de la vérification a observé que les rapports et d'autres communications de l'Ordre n'indiquaient pas toujours de façon systématique si les paramètres et les normes avaient été respectés. Lorsqu'il n'est pas clair que les normes aient été respectées, le ministère doit demander des précisions à l'Ordre, ce qui occasionne des retards dans la réponse aux rapports d'évaluation.

En septembre 2003, le ministère a formé une commission d'examen des établissements pour aider le directeur dans la prise de décisions coercitives. La commission devait conseiller le directeur afin de déterminer si les problèmes soulevés par les évaluateurs correspondaient au non-respect de normes pratiques minimales et de préciser la gravité de toute déficience. Toutefois, le vérificateur a fait observer à la fin de la vérification qu'il était trop tôt pour évaluer le succès de cette initiative⁵¹.

5.6 Systèmes de repérage des résultats d'évaluation

Le Ministère tient à jour une base de données sur les résultats d'évaluation qui contient de l'information sur les types de services dispensés dans chaque établissement, l'état du permis (valide ou suspendu) et toute date à laquelle on a pris des mesures en vue de régler les problèmes repérés dans un établissement.

Dans le rapport de 1996, on a recommandé de vérifier l'intégrité des données enregistrées, d'examiner la faisabilité de l'archivage de toute donnée d'évaluation par numéro d'établissement et d'élaborer un système permettant le repérage des résultats d'évaluation. Durant la présente vérification, on a remarqué que le ministère utilisait le numéro de permis pour faire le suivi des activités d'évaluation et que des efforts avaient été faits pour améliorer l'intégrité des données. Toutefois, certaines données erronées devaient toujours être corrigées, et le ministère n'utilisait pas la base de données pour surveiller la durée globale du processus d'évaluation. De plus, la structure de la base de données n'était pas idéale pour permettre la surveillance de la durée globale d'une évaluation. Puisqu'il n'y a pas de liens dans la base de données entre les résultats des réévaluations et ceux des évaluations, il est difficile de déterminer le temps écoulé entre la date de la première évaluation et le moment de la résolution satisfaisante des problèmes sérieux soulevés⁵².

Le vérificateur a recommandé au ministère de veiller à ce que la structure de son système d'information de gestion permette de lier toutes les données pertinentes à un établissement particulier.

Dans sa réponse initiale, le ministère indiquait que l'actuel système d'information de gestion répondait aux besoins du programme en matière de repérage des résultats des évaluations d'assurance de la qualité en vertu de la *Loi sur les établissements de santé autonomes*. Les modifications proposées au système permettraient d'accroître sa capacité d'établissement de rapports. En même temps, le ministère devait établir un équilibre entre la valeur de ses améliorations et les ressources disponibles pour les programmer et les mettre en œuvre. D'autres projets avaient priorité sur les changements proposés au système d'information de gestion en matière d'assurance de la qualité, qui seraient apportés selon la disponibilité des ressources⁵³.

6. SERVICES TECHNIQUES NON AUTORISÉS

Dans le rapport de vérification de 1996, on remarquait qu'au moment de l'adoption de la *Loi sur les établissements de santé autonomes*, de nombreux services assurés par l'Assurance-santé de l'Ontario et qui comportaient un volet technique n'étaient pas visés par la *Loi*. Le barème des prestations contenait 65 procédures techniques qui n'étaient pas régies par la *Loi*. Dans le rapport de 1996, on recommandait l'établissement de critères précis pour déterminer les services et procédures techniques qui devraient être autorisés. Dans sa réponse, le ministère indiquait qu'en raison du nombre très élevé de services pouvant théoriquement être visés, un processus rigoureux serait nécessaire pour classer ces services par ordre de priorité.

En 1997, un comité mixte formé de représentants du ministère et de l'Ordre a élaboré une liste de critères à utiliser pour élargir la portée de la *Loi* afin d'inclure d'autres services qui étaient dispensés ailleurs que dans les hôpitaux. La liste comprenait des critères d'assurance de la qualité et des critères d'utilisation⁵⁴. À la suite de l'application des critères d'utilisation, la portée de la *Loi* a été élargie

en 1998 pour inclure les polysomnographies. Toutefois, même si le comité mixte avait également recommandé l'évaluation d'autres procédures en vue d'être visées par la *Loi*, le personnel de la vérification a compris qu'une autre évaluation a été menée.

De nombreux rapports et études ont confirmé l'importance du processus d'assurance de la qualité pour évaluer les services techniques. Par exemple, dans un rapport de 2000, un comité mixte formé des représentants du ministère, de l'Association des hôpitaux de l'Ontario et de l'Ontario Medical Association (OMA) indiquait que les exigences de la *Loi* en matière d'assurance de la qualité étaient plus complètes que toutes les autres exigences comparables. On indiquait également dans ce rapport qu'en raison de l'absence d'un programme externe d'assurance de la qualité visant les services techniques dispensés dans les cabinets de médecins et les cliniques médicales, les cabinets et les cliniques étaient susceptibles d'essuyer des critiques en raison de l'absence d'uniformité des normes et de la qualité. Dans un rapport de 2002, l'OMA indiquait que le programme de gestion de la qualité visant les ESA est généralement considéré comme un atout majeur et que le défi consiste à avoir un système de gestion de la qualité des services diagnostiques techniques qui fonctionne dans tous les secteurs.

Lorsqu'un service non visé par la *Loi* est dispensé ailleurs que dans un hôpital public, le service n'est pas assujéti au processus d'assurance de la qualité prévu dans la *Loi*. En vertu de la *Loi sur l'assurance-santé*, des frais techniques sont payés aux établissements qui effectuent ces procédures.

D'autres examens (p. ex., les tests allergologiques et les coloscopies) peuvent être effectués dans un contexte non hospitalier sans exiger que l'établissement détienne un permis, mais seul le volet professionnel de ces interventions est payé. Selon les données du ministère, 19 260 coloscopies ont été pratiquées dans un contexte non hospitalier au cours de l'exercice 2000-2001 – soit approximativement 12 % de l'ensemble de ces examens à l'échelle de la province. Puisque ces examens n'étaient pas visés par la *Loi*, ils n'étaient pas assujettis à ses dispositions relatives à l'assurance de la qualité.

Le personnel de la planification n'a trouvé aucune indication permettant d'affirmer que le ministère avait procédé, depuis 1987, à une analyse pour déterminer si les services additionnels dispensés à l'extérieur des hôpitaux et des établissements détenteurs d'un permis devraient être autorisés en vertu de la *Loi sur les établissements de santé autonomes* et ainsi assujettis au processus d'assurance de la qualité prévu par celle-ci⁵⁵.

Le vérificateur a recommandé que le ministère évalue quels services diagnostiques et chirurgicaux dispensés ailleurs que dans les hôpitaux avec les établissements de santé autonomes détenteurs de permis devraient être visés par la *Loi sur les établissements de santé autonomes*⁵⁶.

Audiences du Comité

Toute décision visant à élargir la portée du Programme des établissements de santé autonomes doit assurer l'équilibre entre le coût de mise en œuvre d'un programme de délivrance de permis et d'assurance de la qualité et les besoins pour un processus amélioré d'assurance de la qualité des services dispensés dans des contextes communautaires et pour des mesures de planification et d'utilisation des services obtenus en vertu du mode d'homologation des établissements de santé autonomes.

Le ministère a établi des critères en 1997 pour évaluer les propositions visant à élargir la portée de la *Loi*. Ces critères ont été utilisés pour réglementer les établissements de médecine du sommeil en vertu de la *Loi* et ont mené à l'homologation de ce type d'établissement à la suite des modifications apportées au barème de prestations en 1998. Ces critères devraient continuer d'être utilisés pour évaluer toute proposition visant l'élargissement de la portée de la *Loi*. L'évaluation des propositions des services nouveaux et/ou étendus se fera au cas par cas⁵⁷.

Recommandation du Comité

Le Comité recommande ce qui suit :

8. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit faire rapport au Comité sur le nombre de demandes visant à accroître les services dispensés en 2004-2005 par les établissements de santé autonomes détenteurs d'un permis et sur les types de services touchés.

Le Comité demande au ministère de transmettre au Greffier du Comité une réponse par écrit à cette recommandation dans les 120 jours suivant le dépôt du présent rapport à l'Assemblée législative.

7. POLYSOMNOGRAPHIES

La majorité des polysomnographies sont des examens effectués pendant la nuit pour effectuer différents facteurs, tels que la saturation en oxygène et les étapes du sommeil. Dans le rapport de vérification de 1996, on constatait que les frais techniques versés aux établissements qui effectuaient la polysomnographie, ce qui à l'époque ne nécessitait pas de permis, avaient augmenté de 135 % en quatre ans. Depuis, les polysomnographies ont été ajoutées à la liste de services visés par la *Loi sur les établissements de santé autonomes*. Le Comité des services aux médecins a recommandé que ces cliniques soient ajoutées dans un premier temps dans le but de limiter le nombre d'établissements autorisés à facturer de tels services. En 1998, environ 70 cliniques ont été établies en vertu de la *Loi* et autorisées à fonctionner dans l'attente de la délivrance de leur permis. Entre 1998-1999 et 2002-2003, les montants des frais techniques facturés pour des polysomnographies sont passés de 14,9 millions de dollars à 23,4 millions de dollars, soit une hausse de 57 %.

Avant l'homologation d'un établissement, l'Ordre doit effectuer une inspection préparatoire à l'homologation. Les établissements peuvent continuer de fonctionner jusqu'à la délivrance du permis par le ministère. Si l'Ordre repère de graves problèmes en matière d'assurance de la qualité, le directeur peut interdire à l'exploitant de facturer des frais techniques. La dernière mesure serait généralement prise uniquement si un exploitateur refusait de corriger les déficiences repérées.

Le personnel de la vérification a remarqué que plusieurs inspections doivent être effectuées dans de nombreuses cliniques avant que soient corrigés des problèmes de qualité soulevés lors d'inspections initiales. En moyenne, il s'écoulait 16 mois entre l'inspection initiale et l'homologation. À la fin du travail de vérification, 18 cliniques polysomnographiques en exploitation n'étaient toujours pas homologuées parce qu'elles n'avaient toujours pas corrigé les déficiences ou n'avaient toujours pas été inspectées.

Pour s'assurer que les nouveaux établissements respectent les normes de qualité, le vérificateur recommandait l'inspection de tous ces établissements en temps opportun. Il recommandait aussi au ministère de faire un suivi en temps opportun des problèmes repérés pour vérifier si les mesures correctives ont été prises⁵⁸.

Audiences du Comité

Pour s'assurer que toute future situation de droits acquis est réglée en temps opportun, le ministère reconnaît le besoin d'affecter des ressources suffisantes, dans le cadre du Programme des établissements de santé autonomes et du programme d'inspection mené par l'Ordre, pour assurer la réalisation des processus d'inspection et de délivrance des permis. Le personnel du ministère a indiqué qu'il a commencé à donner suite à la recommandation du vérificateur⁵⁹.

8. AUTRE QUESTION

8.1 Examens d'imagerie par résonnance magnétique

L'imagerie par résonnance magnétique (IRM) produit des images de haute qualité des structures du corps. Ces images peuvent permettre de détecter d'une façon extrêmement efficace des éléments comme les anomalies cérébrales, les tumeurs et les anévrismes. Elles fournissent souvent des données d'une importance capitale avant l'intervention chirurgicale.

Le gouvernement a annoncé que les services diagnostiques offerts seraient étendus pour inclure les services d'IRM à l'été 2003. Ces services n'étaient auparavant offerts que dans les hôpitaux. Les services d'IRM fournis dans les ESA seraient moins coûteux que ceux qui sont fournis dans les hôpitaux, mais seraient assujettis aux dispositions de la *Loi sur les établissements de santé autonomes*.

Après avoir évalué les soumissions, le ministère a sélectionné les établissements qui offriront des services d'IRM dans cinq emplacements homologués entre juillet et septembre 2003. Le financement des services d'IRM, contrairement à celui d'autres services diagnostiques, était limité au prix proposé par chaque exploitant et était conditionnel à la prestation par l'exploitant de niveaux maximaux de services assurés.

Comme les autres ESA, les exploitants peuvent recevoir un revenu pour les services non couverts par l'Assurance-santé de l'Ontario. Toutefois, les contrats conclus avec les établissements offrant des services d'IRM limitent le volume de services non assurés qui peuvent être dispensés. Les établissements sont également tenus de signaler au ministère le volume de services non assurés dispensés.

À la fin de la vérification, on a indiqué au personnel du vérificateur que le gouvernement provincial se penchait sur l'avenir de ces établissements et sur d'autres options de prestation des services d'IRM.

Événements qui ont suivi la vérification

En juillet 2004, la presse a indiqué que la province s'apprêtait à acheter sept cliniques privées d'IRM et de tomographie assistée par ordinateur. Un porte-parole du premier ministre a confirmé que des négociations avaient lieu⁶⁰.

Trois cliniques d'IRM à but lucratif à Kitchener, Kingston et Richmond Hill ont été « récupérées » avant la fin de septembre 2004. Au début d'octobre, un porte-parole du ministère de la Santé et des Soins de longue durée a déclaré que les trois établissements étaient exploités par des sociétés privées sans but lucratif⁶¹.

Audiences du Comité

Le gouvernement précédent a émis à l'automne 2002 une demande de propositions pour sept services et cliniques d'IRM et de tomographie assistée par ordinateur. Le gouvernement actuel a alors effectué un processus de conversion de ces cliniques. On a dit au Comité que quatre cliniques dans quatre centres étaient maintenant sans but lucratif. Les discussions et les négociations concernant la conversion des trois autres cliniques étaient en cours.

On a demandé au personnel du ministère de décrire le processus entourant la demande de propositions de 2002. En vertu de la *Loi sur les établissements de santé autonomes*, le ministre peut ordonner au directeur d'émettre une demande de propositions concurrentielle. Dans ce cas comme dans d'autres, on a donné au ministre des renseignements sur les besoins de services actuels et futurs et sur la disponibilité de fonds.

Compte tenu de ces renseignements, la demande de propositions visait des régions particulière. Elle a suivi les processus normaux d'approvisionnement : réunions avec les soumissionnaires et réponses aux questions écrites. Ces processus ont été

suivis par un processus officiel d'évaluation qui a donné lieu à l'attribution des permis aux entrepreneurs et aux exploitants. Aucune attribution n'a été faite dans une région, Brantford, car les résultats de la demande de propositions indiquait qu'il serait plus économique d'offrir les services dans un hôpital plutôt que dans un ESA. Dans ce cas, le ministre a décidé d'annuler la demande de propositions⁶².

9. RECOMMANDATIONS DU COMITÉ

Le Comité demande au ministère de transmettre au Greffier du Comité une réponse par écrit à ces recommandations dans les 120 jours suivant le dépôt du présent rapport à l'Assemblée législative.

1. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit faire rapport au Comité sur l'établissement de dates cibles pour l'achèvement de la négociation des frais d'établissement ou techniques, particulièrement pour les services médicaux à volume élevé. Le Comité s'attend à ce que ce soit fait d'ici le 30 juin 2006.
2. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit fournir au Comité une mise à jour sur les travaux de la stratégie de réduction des temps d'attente à l'égard des services fournis en vertu de la *Loi sur les établissements de santé autonomes* et la date prévue d'achèvement de ces travaux. Il doit faire référence aux travaux de l'Institut de recherche en services de santé.
3. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit présenter un rapport au Comité sur les critères utilisés pour déterminer si un service devrait être offert dans un hôpital ou dans un établissement de santé autonome.
4. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit s'assurer de mettre en œuvre en 2005-2006 un processus visant à réaliser sans préavis environ 50 évaluations sur 200.
5. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit faire rapport au Comité sur la progression de l'élaboration et de la mise en œuvre d'un protocole d'entente avec l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario pour établir des protocoles visant
 - (i) à réaliser des évaluations sans préavis;
 - (ii) à offrir la formation pertinente au personnel qui réalise ces évaluations.
6. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit divulguer en temps opportun les suspensions liées à des problèmes d'assurance de la qualité et faire rapport au Comité sur la manière dont il mettra en œuvre cette recommandation.

7. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit s'assurer que le protocole d'entente actuellement en négociation avec l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario comprend des critères portant sur l'examen des dossiers et l'échantillonnage des services à évaluer.

8. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit faire rapport au Comité sur le nombre de demandes visant à accroître les services dispensés en 2004-2005 par les établissements de santé autonomes détenteurs d'un permis et sur les types de services touchés.

NOTES

- ¹ Ontario, Bureau du vérificateur provincial, *Rapport annuel 2004* (Toronto, Bureau du vérificateur provincial, 2004), p. 239; et Ontario, Assemblée législative, Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats* (le 24 février 2005), p. P291.
- ² Bureau du vérificateur provincial, *Rapport annuel 2004*, p. 240-241.
- ³ Ibid., p. 241.
- ⁴ Le barème des frais d'établissement fait partie du barème des prestations.
- ⁵ Bureau du vérificateur provincial de l'Ontario, *Rapport annuel 2004*, p. 243.
- ⁶ Ibid., p. 243-244.
- ⁷ Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P295.
- ⁸ Ibid., p. P291-P292.
- ⁹ Ibid., p. P295 et P304.
- ¹⁰ Lettre du sous-ministre, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Toronto, au Greffier, Comité permanent des comptes publics, le 19 mai 2005.
- ¹¹ Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, « Le gouvernement McGuinty entend transformer le réseau de la santé pour mieux répondre aux besoins des patients », *Canada NewsWire*, le 9 septembre 2004.
- ¹² Mary Gordon, « Ottawa 'developing' health bill », *Toronto Star*, le 24 septembre 2004, p. A6.
- ¹³ Bureau du vérificateur provincial, *Rapport annuel 2004*, p. 244-246.
- ¹⁴ Ibid., p. 246.
- ¹⁵ Ibid., p. 246-248.
- ¹⁶ Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P292.
- ¹⁷ Ibid., p. P292.
- ¹⁸ Ibid., p. P298.
- ¹⁹ Rob Ferguson, « Plans under way to open cataract surgery clinic », *Toronto Star*, le 8 avril 2005, p. A13.
- ²⁰ Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P292.
- ²¹ Bureau du vérificateur provincial, *Rapport annuel 2004*, p. 249-250.
- ²² Ibid., p. 250.
- ²³ Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P292.
- ²⁴ Ibid., p. P299.
- ²⁵ Ibid., p. P300-P301.
- ²⁶ Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, « ICES landmark report identifies how long Ontarians are waiting for key health services », *Canada NewsWire*, le 6 avril 2005.
- ²⁷ Bureau du vérificateur provincial, *Rapport annuel 2004*, p. 251.
- ²⁸ Ibid., p. 251.
- ²⁹ Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P292-P293.
- ³⁰ Ibid., p. P299-P300.
- ³¹ Ibid., p. P300.
- ³² Bureau du vérificateur provincial, *Rapport annuel 2004*, p. 252.
- ³³ Ibid., p. 252-253.
- ³⁴ Ibid., p. 253-254.
- ³⁵ Ibid., p. 254.
- ³⁶ Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P293.
- ³⁷ Ibid., p. P301.
- ³⁸ Ibid., p. P293.
- ³⁹ Ibid., p. P302, P304 et P305.
- ⁴⁰ Lettre du sous-ministre, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Toronto, au Greffier, Comité permanent des comptes publics, le 19 mai 2005.
- ⁴¹ Ibid., p. P293; et Bureau du vérificateur provincial, *Rapport annuel 2004*, p. 255.
- ⁴² Bureau du Vérificateur provincial, *Rapport annuel 2004*, p. 256.
- ⁴³ Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P293.
- ⁴⁴ Ibid., p. P302.
- ⁴⁵ Ibid., p. P293.

⁴⁶ Ibid., p. P299.

⁴⁷ Lettre du sous-ministre, ministère de la Santé et Soins de longue durée, Toronto, au Greffier, Comité permanent des comptes publics, le 19 mai 2005.

⁴⁸ Bureau du vérificateur provincial, *Rapport annuel 2004*, p. 257.

⁴⁹ Ibid.

⁵⁰ Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P293-P294.

⁵¹ Bureau du vérificateur provincial, *Rapport annuel 2004*, p. 259.

⁵² Ibid.

⁵³ Ibid, p. 260.

⁵⁴ Le Comité permanent des comptes publics recommandait que ces critères soient utilisés pour évaluer la pertinence de tout ajout de services et de procédures techniques autorisées dans son *Rapport annuel 1996-1997*.

⁵⁵ Bureau du vérificateur provincial, *Rapport annuel 2004*, p. 261-262.

⁵⁶ Ibid., p. 262.

⁵⁷ Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P294.

⁵⁸ Bureau du vérificateur provincial, *Rapport annuel 2004*, p. 263-264.

⁵⁹ Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P294.

⁶⁰ Dennis Bueckert, « Province to buy private health clinics, make them public », *Globe and Mail*, le 17 juillet 2004, p. A7.

⁶¹ Ann Lukits, « Repatriation of MRIs just 'smoke and mirrors': Critic », *Kingston Whig-Standard*, le 1^{er} octobre 2004, p. 1.

⁶² Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P294-P295.